



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO

CONCEPÇÕES E ITINERÁRIOS EM CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

SOBRAL

2018

HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO

CONCEPÇÕES E ITINERÁRIOS EM CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio.

Sobral

2018

HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO

CONCEPÇÕES E ITINERÁRIOS EM CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Percy A. Galimbertti Catanio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo autor

P43c Peixoto, Hamilton Almeida.
Concepções e itinerários em casos de tentativa de suicídio / Hamilton Almeida
Peixoto. – 2018.
113 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Percy A. Galimberti Catanio.

1. Suicídio. 2. Tentativa de Suicídio. 3. Políticas de Saúde. 4. Itinerários Terapêuticos.
5. Experiência de Vida. I. Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família e amigos pelo apoio, compreensão e incentivo que me proporcionaram ao longo da vida.

A todos os professores que contribuíram com seus questionamentos e ensinamentos em minha formação profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio por sua disponibilidade em orientar e acompanhar este trabalho.

Às professoras Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento e Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro por aceitarem o convite de participarem da banca examinadora.

Aos sujeitos que, ao longo de meu percurso profissional, confiaram em minha escuta.

Aos colegas da turma de mestrado que caminharam comigo neste valioso momento de descobertas e desafios.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo: analisar os itinerários, terapêuticos ou não, em casos de tentativas de suicídio no município de Sobral - CE. Os objetivos específicos foram: apresentar as principais concepções encontradas na literatura sobre suicídio; conhecer os itinerários de sujeitos que tentaram suicídio, verificando se esses atribuem alguma função à atenção primária em saúde no seu percurso; discutir as concepções de suicídio e os itinerários dos sujeitos à luz do referencial teórico da antropologia da saúde. Foi uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa em que foi realizado o estudo de três casos de tentativa de suicídio. Como critérios de escolha dos casos foram considerados os fatores de risco de suicídio apontados da literatura especializada identificados nas fichas de notificação de tentativa de suicídio do município. Para reconstrução dos percursos dos sujeitos nos casos escolhidos, foi aplicada a entrevista narrativa, conforme a proposta de Schütze. Os entrevistados relacionaram a tentativa de suicídio a uma maneira de pôr fim ao sofrimento. Todos também falaram sobre percepções de condenações morais a respeito do suicídio. Nenhum dos entrevistados fez, em sua narrativa inicial livre, uma associação entre sua tentativa de suicídio e qualquer questão de saúde. Os itinerários foram bem diversos nos três casos. Os itinerários que partiram da tentativa de suicídio manifestaram um lugar secundário nas narrativas dos entrevistados. Os entrevistados se detiveram mais em falar sobre seu sofrimento e o que buscaram a partir deste. Houve um destaque da busca por recursos terapêuticos pelos familiares dos mesmos. Os informantes referiram a utilização de recursos terapêuticos do sistema profissional e informal, mas não relataram busca pelo sistema popular.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Políticas de Saúde. Itinerários Terapêuticos. Experiência de vida.

ABSTRACT

The present study had the objective of analyzing the itineraries, therapeutic or not, in cases of suicide attempts in the city of Sobral, state of CE. The specific objectives are: presenting the main conceptions found in the literature of suicide; learning the itineraries of subjects who attempted suicide, verifying if they attribute some function to the primary health care in their course; discussing the conceptions of suicide and the itineraries of the subjects from the anthropology of care framework. It was carried out an exploratory qualitative study of three cases of suicide attempts. In order to select the study cases we used the risk factors registered in the suicide attempt notification records, that matched the risks described in the research work on suicide. To reconstruct the subjects' paths in the selected cases, we carried out an interview following Schütze's proposal. The interviewed linked the suicide attempt to a way to end suffering. They also talked about perceptions of moral condemnation regarding suicide. In their initial free narrative, none of the interviewed made associations between their suicide attempt and any health issue. The itineraries were very diverse in all three cases. The itineraries that started from the suicide attempt appeared as of secondary interest in the narratives of interviewees. They spent more time talking about their suffering, and what they did look afterwards. As worth noting, we found the search for therapeutic resources among their relatives. The informants referred the use of therapeutic resources from the professional and popular systems, but did not report the search among the vernacular system.

Keywords: Suicide. Suicide attempt. Health Policies. Therapeutic Itineraries. Life experience.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese cronológica dos Itinerários de Ícaro	63
Quadro 2 - Síntese cronológica dos Itinerários de Senhor Martim	68
Quadro 3 - Síntese cronológica dos Itinerários de Isadora	72
Quadro 4 - Itinerário Terapêutico de Isadora após a tentativa de suicídio	75
Quadro 5 - Itinerário Terapêutico de Senhor Martim após a tentativa de suicídio	76
Quadro 6 - Itinerário Terapêutico de Ícaro após a tentativa de suicídio	77
Quadro 7 – Itinerários de Isadora relacionados ao relato de seu sofrimento	77
Quadro 8 - Itinerários de Ícaro relacionados ao relato de seu sofrimento	78
Quadro 9 - Itinerários de Senhor Martim relacionados ao relato de seu sofrimento..	79
Quadro 10 – A influência da pesquisa nos Itinerários de Senhor Martim e Ícaro.....	81
Quadro 11 – Síntese das concepções dos “porquês” do suicídio para Ícaro	84
Quadro 12 - Síntese das concepções dos “porquês” do suicídio para Senhor Martim.....	84
Quadro 13 - Síntese das concepções dos “porquês” do suicídio para Isadora	84
Quadro 14 - Falas de Ícaro com referências condenatórias à tentativa de suicídio..	87
Quadro 15 - Falas de Senhor Martim com referências condenatórias à tentativa de suicídio	87
Quadro 16 – Falas de Isadora com referências condenatórias à tentativa de suicídio.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A. A.	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CSF	Centro de Saúde da Família
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IT	Itinerário Terapêutico
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAISM	Rede de Atenção Integral em Saúde Mental
RH	Recursos Humanos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Suicídio	16
3.1.1 <i>A genealogia da palavra suicídio</i>	16
3.1.2 <i>Conceitos sobre suicídio</i>	17
3.1.3 <i>A história do suicídio</i>	20
3.1.4 <i>Suicídio e poder médico</i>	25
3.2 Itinerários terapêuticos	30
3.2.1 <i>Introdução e história sobre itinerários terapêuticos</i>	30
3.2.2 <i>Noções e conceitos sobre itinerários terapêuticos</i>	33
3.2.3 <i>A experiência da enfermidade</i>	37
3.2.4 <i>Pluralismo dos sistemas de cuidado</i>	40
3.3 Suicídio e saúde pública no Brasil	44
3.3.1 <i>As políticas de prevenção do suicídio no Brasil</i>	44
3.3.2 <i>Prevenção de suicídios na atenção primária</i>	50
4 METODOLOGIA	55
5 RESULTADOS	60
5.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS	60
5.1.1 <i>Entrevista com Ícaro - Caso 1</i>	60
5.1.2 <i>Entrevista com Senhor Martin - Caso 2</i>	63
5.1.3 <i>Entrevista com Isadora - Caso 3</i>	69
6 DISCUSSÃO	74
6.1. Os itinerários	74
6.1.1 <i>Os Itinerários após a tentativa de suicídio</i>	75
6.1.2 <i>Itinerários dos sujeitos relacionados ao seu sofrimento</i>	77
6.2. As concepções dos entrevistados sobre o suicídio	81
6.2.1 <i>Concepções dos “porquês” do suicídio</i>	82
6.2.2 <i>Concepções morais do suicídio</i>	85
6.2.3 <i>Concepções do suicídio como questão de saúde</i>	88
7 CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – LISTA DE PERGUNTAS EXMANENTES	102

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
APÊNDICE C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL	107
APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	109

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente solicito ao leitor que acompanhe algumas considerações sobre como meu percurso acadêmico e profissional me conduziu à presente pesquisa. Compreendo que a prática de iniciar o texto deste modo pode não ser tão comum no ambiente acadêmico. Contudo, entendo que a escolha por esta abordagem é congruente com a proposta deste trabalho. Assim como espero que os itinerários dos entrevistados revelem os achados da pesquisa, descrevo meu percurso no intuito de expressar ao leitor como cheguei às questões que procurei investigar.

Fiz minha graduação em psicologia pela Universidade Federal do Ceará, campus Fortaleza, cidade em que nasci e cresci. Durante a graduação voltei meus estudos principalmente para a psicanálise até meados do curso. Na segunda metade da graduação decidi por me aproximar de outras áreas, buscando estágios na psicologia comunitária e organizacional, além do estágio obrigatório em clínica. Apesar de meu interesse predominante pela psicologia clínica, essa abertura para outras áreas foi fundamental para ampliar minha visão sobre os campos de atuação de minha profissão.

Ao concluir a graduação, logo iniciei trabalho no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de Sobral. Em seguida, passei um ano também no CRAS do município de Pacujá, onde trabalhei na implantação deste dispositivo naquela cidade. Tais experiências foram muito enriquecedoras e despertaram a percepção da íntima relação entre a saúde e as condições sociais.

Fiz uma especialização em saúde mental na Universidade Estadual do Ceará. Nesse espaço surgiu o meu interesse pela temática do suicídio logo que voltei à cidade de Sobral para trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Meu envolvimento com o tema do suicídio cresceu quando foi sugerida minha participação em visitas domiciliares de busca ativa nos casos de tentativas de suicídio. Assumi essa função com a ciência da relevância do trabalho, considerando o impacto e gravidade da questão do suicídio na esfera social e subjetiva.

Permaneci nessas atividades de 2009 a 2014. Neste período fui designado como profissional de referência na organização das ações da política de prevenção do suicídio. Essa função é uma atividade não apenas do CAPS, mas de toda a Rede

de Saúde Mental, pois traz repercussões e implicações em todo município.

Ao iniciar minha participação nas ações de prevenção do suicídio, não havia registro do procedimento detalhado, mas fui informado que a partir das fichas de notificação de suicídio e de tentativa de suicídio, uma psicóloga do serviço realizava a busca ativa. Com a saída desta profissional, foi sugerido a minha participação na continuidade desta atividade.

As dificuldades que encontrei em executar as ações sugeridas me mobilizou a construir um fluxo para realizar as buscas ativas e me aproximou das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Passei a solicitar a participação de algum profissional da UBS na visita, pois isso fortalecia o vínculo entre o usuário, as equipes da UBS e a atenção especializada em Saúde Mental. Posso considerar que essas visitas de busca ativa configuravam um momento de matriciamento, pois corresponde a um encontro de duas equipes na elaboração compartilhada de um plano de cuidados (CHIAVERINE, 2011). Não era apenas um trabalho de suporte técnico, pois os profissionais da atenção primária eram chamados para uma construção compartilhada da proposta de intervenção.

Durante a atividade de busca ativa, percebia como a tentativa de suicídio por vezes despertava nos demais profissionais de saúde o questionamento: “Por que ele fez isso?”. Enquanto isso, as perguntas que surgiam em meu pensamento eram: “Por onde esse sujeito passou antes e depois de tentar suicídio?”; “Como eles buscam alívio ao sofrimento?”; “Essa busca inclui à atenção primária em saúde?”. Dessa forma, meu percurso profissional me conduziu aos estudos sobre suicídio e sobre os itinerários terapêuticos.

Quando alguém identifica um problema de saúde ou sofrimento, desencadeia uma busca para solucionar o que lhe incomoda (REINALDO, 2003). A expressão Itinerário Terapêutico pode ser aplicada como sinônimo de busca por cuidados. Descreve e analisa os caminhos trilhados na procura por enfrentar os problemas de saúde, ponderando sobre as práticas individuais e socioculturais (GERHARDT, 2006).

Os estudos relativos ao planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, têm incluído cada vez mais o olhar sobre como as pessoas buscam assistência para resolver suas demandas de saúde, pois muitas vezes os caminhos percorridos pelos usuários não coincidem com esquemas ou fluxos pré-

determinados pelo sistema de saúde (CABRAL et al., 2011).

Investigar o itinerário terapêutico permite à equipe e ao sistema de saúde conhecer a multiplicidade de saberes relativos à maneira de lidar com o adoecimento. Além disso, possibilita que o serviço de saúde adeque seu trabalho considerando a realidade sociocultural da comunidade (MERINO, 2007).

Pensar as possibilidades terapêuticas partindo do ponto de vista dos usuários pode contribuir na organização da rede de cuidados integrais (NEVES; NUNES, 2010). Isso pode ser defendido a partir do ponto de vista de que um dos componentes que contribuem na integralidade é a capacidade dos sistemas e dos profissionais de saúde em desenvolverem competências culturalmente sensíveis na relação com os usuários (OLIVEIRA, 2002).

A investigação do itinerário terapêutico aponta para a disponibilidade de serviços e a utilização dos mesmos. Contudo, não deve se limitar nessa possibilidade (PONTES et al., 2008). As dimensões identificadas nos estudos dos itinerários terapêuticos podem fazer parte das estratégias de ação, reconhecendo as experiências singulares como o motor da construção de projetos de cuidado (MANGIA; YASUTAKI, 2008).

Mesmo considerando a relevância em pesquisar sobre os itinerários terapêuticos em casos de tentativa de suicídio, o estudo histórico sobre as concepções de suicídio na sociedade ocidental apontou para importantes questionamentos. Será que os sujeitos que tentaram suicídio consideram seu ato, ou seu contexto, uma questão de saúde? Será que eles demandam por recursos terapêuticos?

O suicídio nem sempre foi considerado como uma questão de saúde e mesmo que haja um saber em destaque, é razoável supor que existem diferentes concepções sobre suicídio na atualidade, pois vivemos em uma sociedade complexa e heterogênea.

Nas culturas de sociedades simples, como por exemplo nas sociedades tribais, encontra-se mais facilmente homogeneidade e integração, ou seja, os padrões de comportamentos e crenças são geralmente compartilhados entre seus integrantes e as mudanças nessas culturas ocorrem em uma velocidade bem mais lenta quando em comparação com as sociedades complexas (NOVA, 1995).

Diante das referidas reflexões procurei me distanciar da inclinação inicial de

pressupor que os itinerários seriam terapêuticos. Deixei que os sujeitos da pesquisa apontassem se seus itinerários foram terapêuticos ou não. Assim, redefini meu objeto de estudo de “Itinerários terapêuticos em casos de tentativa de suicídio” para “Concepções e itinerários em casos de tentativa de suicídio”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os itinerários, terapêuticos ou não, em casos de tentativas de suicídio

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar as principais concepções encontradas na literatura sobre suicídio;
- Conhecer os itinerários de sujeitos que tentaram suicídio, verificando se esses atribuem alguma função à atenção primária em saúde no seu percurso;
- Discutir as concepções de suicídio e os itinerários dos sujeitos à luz do referencial teórico da antropologia da saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Suicídio

3.1.1 A genealogia da palavra suicídio

O termo linguístico “suicídio” é relativamente recente quando comparado às expressões antecessoras utilizadas para designar o ato de provocar a própria morte (ROCHA, 2016). O vocábulo “suicídio” é composto por dois termos que tem como origem o latim: a palavras “*sui*” (si mesmo) e “*caedes*” (ação de matar) (CORREA; BARRETO, 2006). Dessa forma a palavra suicídio pode parecer, para alguns, um termo criado na antiguidade, tendo como origem o latim clássico. Contudo, este vocábulo não existia em latim ou no grego clássico para designar o referido ato (PUENTE, 2009).

De acordo com Aquino (2009), o autoextermínio na idade clássica estaria relacionado principalmente como uma maneira de morrer, e não a um crime ou assassinato de si mesmo. Dessa forma, diversos vocábulos gregos se referiam à ação de pôr fim a própria vida: *hekousious apotheskio* (morrer voluntariamente), *lambano thanaton* (escolher a morte). Os romanos utilizavam a expressão *mors voluntariae*, enquanto os gregos usavam o termo *kekousios thanatos*. Ambos com o sentido de morte voluntária (CORREA; BARRETO, 2006). O vocábulo “suicidium” nasce no século XVII. De acordo, com uns, em 1656 no tratado “Theologia moralis fundamentalis” do teólogo Caramuel, segundo outros, em 1643 no texto “Religio medici” redigido por Sir Thomas Browne. Através do século XVII a palavra passa a ser traduzida para as principais línguas europeias (PUENTE, 2009).

A expressão suicídio é utilizada em português, de acordo com o dicionário Houaiss, a partir de 1836. Desde então tem sido usada em distintos contextos, por exemplo na psiquiatria, psicologia, sociologia, antropologia, filosofia, etc. (CORREA; BARRETO, 2006).

Aquino (2008), pondera que a expressão suicídio tem um sentido condenatório, pois mostra-se intensamente relacionado a certa aceção de ilicitude ou a uma

doença do corpo ou da mente. Assim, o autoextermínio é compreendido enquanto uma debilidade, uma vez que diversos indivíduos julgam a vulnerabilidade humana tal como uma questão moral.

Puente (2009) ressalta a importância das pesquisas genealógicas de algumas palavras realizadas por Foucault, como por exemplo “sexualidade” e “loucura”. Mostra que a forma de pensar sobre um assunto tem uma associação com história da construção do termo utilizado para expressar os referidos temas. Destaca a semelhança entre a palavra “suicídio” e “homicídio”:

Ao pensarmos a palavra "suicídio" já estamos, ainda que sem o saber, incluindo o ato de se matar em um gênero maior, qual seja, o do homicídio. Essa inclusão teórica, mas não vocabular, tem sua origem em um dos mais importantes pensadores do Ocidente: Agostinho (PUENTE, 2009, p.14).

O texto “Cidade de Deus” é uma obra relevante para a igreja católica e para a filosofia ocidental. Nele, Agostinho defende a ideia de que ação de pôr fim a própria vida deve configurar uma afronta ao sexto mandamento, isto é, a interdição “não matarás”. Apesar disso, vale destacar que isso não está bem expresso literalmente no texto bíblico. Utilizar uma diferente expressão parece demonstrar inclusive uma modificação no sentido do fenômeno (VENEU, 1994).

3.1.2 Conceitos sobre suicídio

Quando abordamos a questão do suicídio, certamente o nome de Emile Durkheim nos salta na memória. Ele publicou em 1897 seu livro “O Suicídio: Estudo de sociologia”. Este livro tornou-se uma obra tradicional da literatura das ciências sociais, e Durkheim, talvez, seja um dos escritores mais pesquisados e citados no assunto (CORREA; BARRETO, 2006).

Durkheim dedica a introdução de sua obra em tentar constituir uma definição objetiva de suicídio, na busca de evitar inclusões e exclusões arbitrárias nesta definição. Para tal, traz importantes questionamentos. Entre eles: “(...) só há suicídio quando o ato de que a morte resulta é realizado pela vítima tendo em vista esse resultado?”; “O suicídio é um homicídio de si mesmo?” e “Só se mata verdadeiramente quem quer se matar?” (DURKHEIM, 2000, p.12).

Durkheim defende que só há suicídio quando aquele que se mata tem conhecimento de que seu ato resulta em morte. Assim, afirma que nos casos em que a expectativa de morte seja duvidosa, não poderia ser considerado um suicídio, mesmo que ocorra um desfecho fatal. Essa percepção está relacionada com uma discussão que o autor faz sobre o suicídio e a loucura, defendendo que não podemos inserir numa mesma categoria o óbito de alguém que durante alucinação se lança de uma altura elevada por crer que se encontra no pavimento térreo e o de uma pessoa que, em seu pleno juízo crítico, se joga do alto de um prédio sabendo o que está fazendo (DURKHEIM, 2000).

Entre as controvérsias encontradas na literatura está a divergência quanto ao suicídio ser ou não sempre determinado por uma doença mental. Diversos autores renomados são colocados em cada um dos lados. Feijó (1998) aponta que diferentes estudiosos divergem da ideia de que há uma clara e direta a relação entre doença mental e suicídio, apesar da bibliografia psiquiátrica costumar considerar que o suicídio é sempre patológico.

Autores brasileiros tal como Sampaio, Bastos, Ramadam e Sonenreich não compartilham da ideia de que o suicídio seja sinônimo de enfermidade mental (ROUQUAYROL, 2013). Feijó (1998) compartilham do pensamento de que não devemos classificar necessariamente como doentes mentais aqueles que tentam o suicídio apenas pelo ato em si.

Outro ponto discutido por Durkheim na conceituação foi a ação positiva ou negativa no suicídio. Ainda que, em maior parte, o suicídio seja apresentado como uma ação positiva e intensa que implica alguma utilização de vigor muscular, é possível ocorrer que uma atitude de abstenção tenha a mesma consequência fatal (DURKHEIM, 2000).

Na Obra “O suicídio: Estudo de sociologia” a definição de suicídio é apresentada da seguinte forma:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2000, p.14).

Durkheim (2000) defende que esse conceito possui o benefício de proteger das aproximações enganosas. Demonstra que esses fenômenos não alicerçam, como se poderia considerar, uma classe completamente estranha e isolada de fenômenos assombrosos, sem correlação com os demais modos de comportamento. Ao contrário, eles estão relacionados pela série contínua de intermediários entre as expressões extremas e os costumes usuais.

A conceituação apresentada por Durkheim tem semelhança com a definição defendida pela OMS no que se refere à expectativa do resultado fatal, pois define o suicídio como: o ato de matar-se deliberadamente (WHO, 2014).

Embora a busca de Durkheim por uma definição objetiva e ampla de suicídio tenha proporcionado reflexões importantes sobre a questão, outros autores trazem visões bem diversas do assunto.

Cassorla e Smeke (1994), no artigo “Autodestruição humana” discutem que quando ponderamos sobre os procedimentos e os diversos meios que as pessoas usam para realizar o suicídio ou favorecer sua aproximação com a morte, percebemos que deveria se tratar de uma conceituação bastante ampla. Defendem, assim, que podemos adicionar várias atitudes e comportamentos que geralmente o leigo não imagina que se trate de suicídio, porém podem ser configurados assim.

Aqui nos defrontamos com situações que vão desde acidentes, doenças, desnutrição, desemprego, desrespeito humano, até a alienação da condição humana. Teorias psicanalíticas indicam, ao lado de aspectos libidinais, componentes autodestrutivos que funcionam permanentemente. São pulsões de vida e de morte que se articulam com fatores externos, ou mesmo que os atraem (CASSORLA; SMEKE, 1994, p.1).

Fizzotti e Gismondi (1991 *apud* AQUINO, 2001) julgam que as definições de suicídio são capazes de ser também divididas em dois tipos, um que aborda a ação de maneira voluntária e outra que aponta a disposição inconsciente. Ao passo que a primeira aponta para a intencionalidade do suicídio, a segunda compreende as mortes por suicídio de maneira involuntária.

O suicídio é um fenômeno complexo que pode ser compreendido sob vários olhares diferentes. Aqui não pretendo defender uma definição, como suposta verdade absoluta, mas discutir diferentes visões e sobretudo ouvir como os sujeitos da pesquisa apresentam sua experiência sobre o suicídio.

3.1.3 A história do suicídio

A bibliografia revela que a concepção do suicídio tem se alterado no decorrer da história, partindo de prática cultural admissível, dentro de algumas culturas, em direção ao reconhecimento como erro imperdoável na Idade Média, bem como a identificação com transtorno mental na atualidade (ROUQUAYROL, 2013).

As expressões do suicídio não se apresentam como um fenômeno histórico contínuo, mas como um acontecimento que depende de seu momento, o que exige uma apreciação contextualizada, por exemplo em relação às dimensões culturais, políticas, religiosas, econômicas, científicas dentre outras. Uma reconsideração histórica a respeito de como algumas sociedades lidaram com o suicídio evidencia as perspectivas atribuídas em cada período das mais diversas sociedades (SANTOS, 2014).

O suicídio vem sendo estudado por distintas disciplinas. Entre elas: a psiquiatria, psicologia, sociologia e filosofia. É necessário incluir nos estudos sobre o suicídio, o exame do contexto histórico em que o tema se insere. Isso pode contribuir para o aprimoramento de nossa perspectiva de visão sobre o assunto (ROCHA, 2016).

Para os gregos antigos, as considerações com relação ao suicídio eram diversas. Algumas cidades como Atenas, Esparta e Tebas estipularam punições para os corpos do Suicidas, o que não acontecia em outras cidades (CORREA; BARRETO, 2006).

A fim de compreender os motivos e os modos de proceder dos gregos com relação ao suicídio, convém considerar um aspecto decisivo de sua sociedade. Trata-se do caráter de pertinência comunitária. Na filosofia grega, a questão indiscutível era que o suicídio não seria tolerado se não tivesse alguma razão “nobre”. O mais relevante é que o debate grego é “equilibrado” e desapaixonado, considerando a racionalidade acima de tudo (KALINA; KOVADLOOF, 1983).

O suicídio, na Grécia antiga, não era considerado delito quando ocorrido com consentimento do Estado. Contudo, sem a prévia admissão, constituía-se ilegítimo e uma violação a ordem da coletividade. Com o objetivo de adquirir essa autorização, o cidadão determinado em se suicidar, tratava de expor na figura das autoridades da *pólis* os motivos que lhe conduziram a considerar que somente a morte consistiria em

um descanso para seus sofrimentos. Se elas achavam sua argumentação consistente, autorizavam ao cidadão a aquisição dos meios para pôr fim a sua vida (KALINA; KOVADLOOF, 1983).

Em Roma, de acordo com o professor de retórica Quintiliano, havia um código análogo ao dos gregos: uma vez que o cidadão estava decidido a pôr fim a própria vida, ele devia apresentar suas causas ao senado, que deliberava se elas eram aceitáveis ou não (KALINA; KOVADLOOF, 1983).

Não havia demonstração de medo, horror, nem retaliação ou degradação ao suicídio para a lei romana. No Código Justiniano não havia punição ao suicídio de cidadãos, desde que originados por dor, enfermidade, desgosto da vida, alienação ou ameaça da desonra (PALHARES; BAHLS, 2003).

Vale destacar nessa revisão histórica o período da idade média. Ela durou cerca de mil anos, tendo seu início por volta de 500 e seu fim cerca de 1500 depois de Cristo. Esse novo período foi inaugurado pela queda do regime romano no ocidente (ROSEN, 1994).

Correa e Barreto (2006) destacam que nos primórdios do cristianismo e da idade média não se demonstrava condenação ao suicídio, podendo até mesmo ser identificada alguma inclinação ao mesmo. O suicídio, para os cristãos, era muitas vezes indistinguível do martírio e uma forma de se alcançar o paraíso. É grande a lista de passagens bíblicas em que discípulos, como Mateus, Lucas e outros se expressam de maneira a defender que a vida terrestre deveria ser desvalorizada.

Podemos apontar uma alteração fundamental da concepção do suicídio a partir do século quatro depois de Cristo, no momento em que a Igreja cristã se tornou dominante (CORREA; BARRETO, 2006). Os autores cristãos anteriores a Agostinho nunca apresentaram uma oposição clara quanto ao suicídio, uma vez que nenhuma obra do Novo Testamento apresenta uma condenação explícita desse ato (PUENTE, 2009).

A postura da igreja perante a morte voluntária foi gradativamente alterada, passando de uma afinidade com o martírio para uma interdição perante a morte voluntária (ROSEN, 1975). A associação entre a escolha da própria morte e o homicídio era desconhecida antes de Agostinho. Na obra "A cidade de Deus", Agostinho associa o ato de se matar ao sexto mandamento. Assim, a interdição "não

matarás" também seria aplicada ao ato de tirar a própria vida, mesmo que isso não seja encontrado diretamente nos textos bíblicos (PUENTE, 2009).

A condenação teológica ao suicídio ganhou especial relevância na idade Média cristã. A vida do indivíduo nesse período da história ocidental não era compreendida como um bem da comunidade, mas como um dom divino. Assim, o suicídio configurava-se um sacrilégio (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

A legislação civil aplicou severos castigos seguindo as disposições eclesiásticas. Os bens dos que morriam por suicídio não eram transferidos aos herdeiros, mas passavam às mãos das autoridades (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Nas mais diversas sociedades os corpos dos suicidas foram tratados cruelmente ao longo da Idade Média. As punições para os que se suicidavam aconteciam, geralmente, por intermédio de mutilações ao corpo. O corpo do suicida poderia ser pendurado pelos pés, ateadado fogo, em seguida jogado em rios dentro de tonéis. Na Inglaterra eram enterrados de bruços, com estacas no tórax. Enquanto isso na França, seus corpos eram arrastados por cavalos pelas ruas da cidade. (PALHARES; BAHLS, 2005).

A concepção do cristianismo a respeito da morte de si passa por abalos nos séculos XVI bem como XVII. Inicialmente a transformação é tímida, mas aos poucos torna-se cada vez mais categórica (PUENTE, 2009).

Um olhar mais crítico e cético ganhou espaço frente às crenças tradicionais sobre o suicídio depois do século XVII, com a chegada do Iluminismo. Com isso, a abordagem cruel ao que eram submetidos os suicidas, assim como as pessoas que tentavam suicídio, foi suavizada em diversos locais da Europa (CORREA; BARRERO, 2006).

As primeiras obras literárias que se opõem de fato aos dogmas da idade média sobre o suicídio aparecem no século XVII. Uma argumentação a respeito da legalidade de alguns tipos de morte voluntária foi então iniciada. A primeira explicação científica do suicídio surge então em 1621, no momento em que o médico Robert Burton afirma que o suicídio tem como causa a melancolia (PUENTE, 2009).

A maior parte dos suicidas até o século XVIII era culpado sem qualquer averiguação. Os processos de apuração apenas se iniciam depois do século XVIII. A partir de então foi que a família passou a possuir o direito de lutar para atestar a

enfermidade do suicida, sua alienação, ou sua possessão. (PALHARES; BAHLS, 2005).

Veneu (1994) afirma que se tornou urgente, nesse período, compreender a sanidade ou alienação do suicida para definir se foi um arbítrio racional de pôr fim a própria vida, passível de condenação, ou se foi uma ação induzida pelo demônio, o que absolveria o suicida.

Aos poucos o suicida passa a ser encarado como “*non compos mentis*”, ou seja, sem a cabeça no lugar. Essa visão tem seu início no mesmo momento em que se começa o debate sobre o tratamento dos doentes mentais e a se abrir instituições para a intervenção desses. Convém advertir que a primeira tese psiquiátrica para esclarecer o suicídio foi feita por Esquirol, seguidor de Philippe Pinel. (CORREA; BARRETO, 2006).

A compreensão sobre suicídio passou de expressão com sentido semelhante a delito contra si mesmo para um sintoma social ou psicológico, isto é, as questões inerentes à própria sociedade ganharam destaque quando comparado ao momento que a ênfase estava voltada ao indivíduo e à moral (ALVAREZ, 1999).

O livro "O Suicídio: Estudo de sociologia" de Emile Durkheim foi publicado pela primeira vez em 1897 e foi um marco histórico no debate científico sobre o suicídio, iniciando as pesquisas sociológicas sobre o tema. Nesta obra, Durkheim trouxe a discussão sobre as condições sociais associadas ao suicídio e não a visão moral que predominava. O autor relacionava as taxas de suicídio ao nível de coesão social em distintas culturas e coletividades. (PALHARES; BAHLS, 2009).

Há 3 tipos de suicídio de acordo com Durkheim: egoístico, anômico e altruísta. O egoístico é descrito como aquele no qual a pessoa perdeu o sentido de integração com o seu grupo social e acabou, por isso, buscando a morte. O suicídio anômico seria aquele entre pessoas vivendo numa sociedade em crise, na qual faltam padrões de comportamento costumeiros e ordem. Finalmente, o suicídio altruísta é considerado aquele no qual a pessoa sacrifica sua vida pelo bem da coletividade, reproduzindo como os mecanismos de reconhecimento grupal podem influenciar (DURKHEIM, 2000).

Na modernidade há uma predominância da interpretação do saber médico sobre o suicídio. Contudo, as reflexões sobre suicídio elaboradas a partir das obras

de Michel Foucault se destacam por sua crítica ao saber médico. Na opinião de Foucault (2005), a relação de poder entre o súdito e o soberano estaria associada ao suicídio. O poder de vida e de morte que o soberano tem sobre seus subordinados permeia a relação de poder entre o soberano e o súdito. Assim, o suicídio "(...) era uma forma de usurpar o direito de morte que apenas os soberanos, o daqui abaixo ou o do além, tinham o direito de adotar" (FOUCAULT, 2005, p. 130).

Foucault resgata o lugar do pai romano para explicar o direito de vida e de morte do soberano sobre seus súditos. O pai romano, na antiga pátria, era o possuidor da destinação da vida dos filhos e dos escravos, pois uma vez que apenas ele havia concedido a vida, caberia apenas a ele retirá-la. Seguindo a mesma lógica o soberano teria, então, o poder de penalizar o seu súdito com o artifício da morte, além de poder forçá-lo a ceder a sua vida para defendê-lo. Pouco a pouco, o poder de defesa do soberano passa ao poder de defesa do corpo social. Dessa maneira, as batalhas e guerras não ocorreriam mais pela defesa do soberano, mas para a preservação de um povo (AQUINO, 2009).

Começaram a surgir muitas organizações que defendem o suicídio assistido ao longo do século XX, em especial a partir dos anos 1980. Isso pode ser observado em diversos países, entre eles: Holanda, França, Canadá, Alemanha, Estados Unidos, Itália, Inglaterra, entre outros (CORREA; BARRETO, 2006).

Guillon e Bonniec (1990) escreveram um livro chamado Suicídio: modo de usar. Nesta polêmica obra são discutidas questões quanto a ética, a moral e o direito ao suicídio, além disso os autores apresentam possíveis métodos para realizar um suicídio. Correa e Barreto (2006) destacam que este livro trouxe fortes polêmicas nos Estados Unidos e na Europa, com a venda de muitos exemplares.

Correa e Barreto (2006) apontam que diversos endereços eletrônicos, nos dias de hoje, descrevem inúmeros métodos de suicídio. Na Suíça, a empresa "Dignitas" oferta a seus clientes o chamado "suicídio assistido", garantindo uma morte sem aflição e indolor. A empresa se declara uma entidade humanitária e cresce com chamado turismo do suicídio, considerando que muitos de seus clientes viajam para a Suíça em razão das proibições das legislações da maior parte dos países do mundo (LIPPI, 2003).

3.1.4 Suicídio e poder médico

É inegável como o suicídio é abordado de forma diferente por distintas áreas do conhecimento e diferentes culturas. Ressalta-se os discursos médico, jurídico, político, religioso e filosófico. Porém, destacou-se na Europa, a partir do século XVI, a tendência em interpretar o suicídio como uma forma de enfermidade, moléstia ou sintoma mental (LOPES, 2014).

A loucura foi usada como explicação por diversos estudos para esclarecer a morte voluntária. Vale ressaltar, que a loucura referida aqui, é distinta daquela descrita pela medicina social¹, ou seja, entre o final do século XVIII e começo do século XIX (VENEU, 2012).

A loucura ainda não era considerada como uma doença que exigia tratamento médico até meados do século XVIII. A explicação racional sobre a loucura foi crescendo progressivamente a partir desse século, levando a uma mudança na forma de problematizar o ato de pôr fim à própria vida. Dessa maneira, partindo do século XVIII as explicações antigas sobrenaturais foram substituídas progressivamente por explicações físicas, naturais, e inclusive sociais. O aspecto preponderante da discussão sobre a morte voluntária no conhecido século das Luzes, foi a abertura para novas questões e respostas (LOPES, 2014).

O século XVIII foi marcado por oferecer uma aceitação à discussão sobre o suicídio, presente em diversas obras. Em nenhum momento se falou ou escreveu-se tanto sobre a morte voluntária como no decorrer do século XVIII. Muitos tratados foram produzidos a favor ou em oposição a essa forma de morte. Os filósofos não ficaram indiferentes à questão, ao contrário, seus escritos inflamaram posicionamentos e provocaram intensas discussões (LOPES, 2014).

A morte voluntária, que até então era considerada como crime em oposição a Deus, a sociedade e as leis, passou a ser problematizada com o apoio das novidades do pensamento filosófico (VENEU, 2012).

Em meio à discussão sobre a liberdade humana no Século das Luzes, uma

¹ A medicina social pode ser compreendida como uma técnica de poder e uma nova configuração da medicina que surgiu a partir do século XVIII. Seu objetivo vai além de curar doenças, pois adota uma postura normativa, governando a vida das pessoas enquanto dita o que seria uma vida saudável e intervindo na vida moral das populações (FOUCAULT, 2001)

outra explicação do suicídio passou pouco a pouco a receber destaque. A loucura foi historicamente transformada em desrazão e submetida à ordem do racional e demarcada por oposição à razão. A loucura foi transformada em enfermidade mental e colocada como principal explicação do suicídio (LOPES, 2014).

Apoiada em aspectos e princípios mais humanos que religiosos, a moral racional do século XVIII, adotou uma abordagem sobre o suicídio mais flexível e crítica do que a da Igreja e a do Estado absolutista. Minois (1998) destacou que os filósofos que se dedicaram à pesquisa do assunto afirmavam que os homens se matavam porque sofriam fisicamente ou mentalmente. Voltaire e Montesquieu destacaram-se entre os pensadores, citados em teses médicas, que se dedicaram à pesquisa do suicídio no século XVIII. A descriminalização do ato e o destaque à figura do suicida como um sujeito enfermo foi defendida por Voltaire, argumentando que o suicida não estava consciente em suas atitudes e escolhas. Voltaire também rebatia a habitual acusação de acovardamento atribuída ao suicida, pois ele defendia que seria necessário possuir uma alma bastante forte e um extraordinário vigor para sobrepor-se ao instinto de conservação (LOPES, 2014)

Três questões gerais foram desenvolvidas por Montesquieu em sua apreciação sobre o suicídio. Inicialmente, considerando que o suicídio não era um crime, criticou a punição jurídica. Em seguida, contestou que esta forma de morte não era uma falta acometida contra a coletividade. Por fim, indagou se esta forma de morte era ou não uma perturbação da ordem divina (MONTESQUIEU, 1991).

Os conceitos, as referências e os diagnósticos médicos em torno do suicídio tiveram seu início na experiência científica e social do século XIX. O saber médico recusou todos os discursos que não se enquadravam em tais compreensões e orientações para que fosse legitimado, rechaçando todo e qualquer conhecimento sobre o suicídio que não fosse criado no campo da medicina social (LOPES, 2014).

A ciência e a filosofia dos iluministas, instalada no século das Luzes, passaram a acomodar o lugar da “verdade”, agora contrária aos princípios teológicos do tempo medieval. Esse novo discurso se aloja juntamente às preferências da burguesia, pois esta se destaca como novo ator político, prestes a adquirir o poder da “verdade”. O novo paradigma é instalado pela ciência e a racionalidade da filosofia iluminista. Dessa maneira, a alienação é construída em novos contornos (FLORÊNCIO, 2017).

Desde então apenas aqueles que detivessem o saber dito científico estariam autorizados a interpretar o suicídio, quanto a suas origens e motivos. Assim, o suicídio passou a ser conhecido como um mal: mental, moral, físico e social a partir do início do século XIX (LOPES, 2014).

Não encontramos nas produções de Foucault uma obra dedicada exclusivamente a abordar a temática do suicídio. Contudo, suas elaborações teóricas trazem valiosas contribuições na busca em compreender o poder médico sobre o suicídio. Para tal, a tomada dos conceitos de poder e de verdade é essencial, uma vez que os discursos sobre um assunto se configuram como estratégias de poder e de relações de saber/poder (LOPES, 2012).

A verdade, enquanto conceito, pode ser compreendida como um agrupamento de procedimentos para a elaboração, para o funcionamento e para a circulação dos enunciados. Este conceito está estreitamente relacionado às estratégias de poder, uma vez que cada sociedade possui seus regimes de verdade que ao mesmo tempo produzem os regimes de poder e são gerados por eles (FOUCAULT, 2001).

Foucault parece incomodar-se em especial com a “verdade” que emerge da construção do discurso da ciência. Há uma perceptível conexão entre a alçada do saber científico com a utilização do poder (FLORÊNCIO, 2017).

A anátomo-política, a biopolítica e o biopoder também são expressões importantes na obra de Foucault para pensarmos o poder médico expresso nas políticas públicas de saúde. A anátomo-política age no corpo individual, buscando o domínio pelo arranjo dos corpos nos espaços. Os movimentos dos corpos são controlados por mecanismos que sofrem a ação das tecnologias disciplinares. Tratam-se de anátomo-políticas, já que são direcionadas para funcionamento do corpo-organismo (FOUCAULT, 1999).

Diferentemente da anátomo-política, que age no individual, a biopolítica é uma tecnologia de poder que tem em vista a população. A biopolítica não trata de como a morte brutalmente abate uma vida, mas como a morte silenciosamente corrói a vida das populações. Assim, suas intervenções vão muito além das encontradas nas instituições de assistência, pois apresentam mecanismos bem mais sutis e economicamente racionais (FOUCAULT, 1999).

A biopolítica possibilitou novas maneiras de compreender e de explicar o

suicídio. Tratam-se de novas práticas e estratégias, planos e intervenções políticas, sociais e científicas aplicáveis no cuidado com os casos de suicídio (LOPES, 2012).

O biopoder considera tanto a anátomo-política como a biopolítica. O biopoder corresponde a uma série de estratégias que visam o controle e regulação da vida dos indivíduos e da população (FOUCAULT, 1999).

Foucault (1999) esclarece que a anátomo-política e a biopolítica são duas tecnologias de poder diferentes que foram inseridas com alguma diferença de tempo, mas que foram sobrepostas. A anátomo-política, produzindo efeitos individualizantes e manipulando o corpo para torná-lo mais útil e dócil. Enquanto a biopolítica, uma tecnologia não centrada no corpo individual, mas na vida das massas buscando controlar os eventos fortuitos que podem ocorrer com as populações.

O suicídio pode ser refletido como assunto e/ou questão da biopolítica, pois corresponde a um fenômeno próprio à vida e ao corpo-espécie da população. Destaca-se nesse momento os questionamentos sobre as conexões possíveis entre biopolítica, vida, morte e suicídio a partir das problematizações elaboradas por Michel Foucault, principalmente aquelas encontradas em “O nascimento da medicina social”; “Direito de morte e poder sobre a vida” e “Em defesa da sociedade” (LOPES, 2012).

O poder, para Michel Foucault é colocado como o ponto de início de todos os processos e vínculos sociais, apontando o Direito não mais como um agrupamento de regras gerais, e sim como uma tecnologia de funcionamento do poder que constrói subjetividades na sociedade de modelo disciplinar (KRAVETZ; CASTRO, 2016).

Os homens que anteriormente eram compreendidos como passíveis a forças e influências sobrenaturais, passaram a ser considerados como passíveis a sofrer doenças (como a alienação), paixões, pobreza, desgostos e tirania (LOPES, 2014).

O controle sobre o direito de vida e morte era incumbido na Idade Antiga ao poder soberano. Os casos de guerra e outras situações que geravam a proteção do Estado eram um evidente exemplo disso, pois se exigia o exercício dos súditos de forma a arriscar-se suas vidas. O emprego indireto do poder soberano em relação à vida e sobre a morte dos soldados era perceptível ainda que não os levassem de modo direto à morte (WELLAUSEN, 2007).

Entretanto, com as guerras sangrentas, através do século XIX, percebeu-se uma outra forma de um poder exercido em relação à vida. O que se examina é que o

direito de provocar a morte ou deixar viver foi sucedido por um poder de provocar a vida. Trata-se de um poder que compreende a gestão, majoração e crescimento em relação a vida (KRAVETZ; CASTRO, 2016).

No momento em que a evolução do poder sobre a vida se deu de maneira mais perceptível, ela apresentou-se de duas maneiras. A primeira centrou-se no corpo como máquina por intermédio de procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas anátomo-políticas do corpo humano. A segunda aborda a vida quanto à difusão, aos nascimentos e à letalidade, à condição de saúde, à permanência da vida, à longevidade, inclusive as condições capazes de fazê-los modificar. Essas tecnologias foram assumidas diante de todo um acervo de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (REVEL, 2005).

O antigo poder de morte é suprimido pelo manejo dos corpos e da gestão calculista da vida, o que caracteriza o denominado biopoder, ou seja, um poder expresso pela ação sobre os corpos, programando o homem e retirando dele a liberdade sobre a própria existência. O Estado faz valer sua própria ideologia para normalizar seus cidadãos e adotar sobre eles irrestrito poder de gestão, principalmente quanto ao direito à vida e à morte, desacreditando as outras formas ideológicas (KRAVETZ; CASTRO, 2016).

Considerando que para o Estado o homem necessita proporcionar sua força de trabalho para o sistema ao longo do máximo de tempo possível, assim como utilizar produtos para ajudar com a reprodução do sistema, ele não deve ter a liberdade sobre seu próprio corpo (KRAVETZ; CASTRO, 2016).

Já que a atenção é direcionada a tudo que possa fortalecer a espécie, a saúde e a vida do corpo social, o suicídio passa a ser compreendido, descrito e, várias vezes, executado como uma sabotagem da vida e ao sistema (AQUINO, 2009). Assim, o suicídio é encarado como uma ameaça social fervorosamente combatida em benefício de um comportamento disciplinado, de uma postura regrada instituidora de sentidos e verdades (LOPES, 2014).

A continuidade e a gestão maximizadora da vida é buscada pela biopolítica com o agenciamento de saberes e discursos. A distinção histórica nos discursos e projetos se estende fazendo a vida proliferar pelo estabelecimento de regulamentações e de mecanismos que venham a assegurar boas condições de saúde e vida da população,

não se limitando, portanto, ao poder de ordenar a vida (GADELHA, 2009).

Destaca-se uma consideração sobre a biopolítica, trata-se do fazer viver e do aprimoramento de um certo estado de vida. A desqualificação da morte e do morrer é acompanhada pela associação com a promoção da vida pelo poder (LOPES, 2012). Nessa acepção, a morte seria uma limitação do poder sobre a vida, como defende Foucault, é aquilo que lhe escapa. A morte é o próprio limite se o que se procura é realizar viver e alongar a vida, assim como o suicídio seria uma prova de inoperância desse poder sobre a vida (FOUCAULT, 1988).

3.2 Itinerários terapêuticos

3.2.1 Introdução e história sobre itinerários terapêuticos

Nos estudos sociais sobre as doenças é fundamental a compreensão da maneira pela qual as pessoas de uma determinada sociedade situam-se diante da enfermidade. A humanidade desde tempos remotos precisou encarar a enfermidade como parte de sua rotina, elaborando meios diversos para lidar com ela (NAIR; VASCONCELOS, 2006).

As pesquisas socioantropológicas da saúde tem entre seus conceitos centrais o itinerário terapêutico (IT). As ciências sociais em saúde têm se dedicado a esclarecer as atividades desenvolvidas pelos indivíduos a fim de caracterizar as doenças e buscar formas terapêuticas. Conforme rótulos distintos, tais como “illness career”, “illness behavior”, “therapeutic itineraries”, muitos cientistas se dedicaram com questões associadas com IT, como David Mechanic, Talcott Parsons, Mark Zborowski, Edward Suchman, Horace Fabrega, Eliot Freidson, Arthur Kleinman e Bernice Pescosolido (ALVES, 2014).

De acordo com Alves (1993) havia uma necessidade em se conceber um conceito do comportamento do enfermo na década de 50. Um dos primeiros pesquisadores sobre a experiência do adoecimento foi Talcott Parsons, que empreendeu em 1951 uma pesquisa no qual apontava que a enfermidade se constituía como um desvio, defendendo a análise desse fenômeno como

consequência da inter-relação entre o adoentado e o terapeuta.

Enquanto as pesquisas sobre comportamento do enfermo tiveram seu início na década de 50, as pesquisas socioantropológicas sobre os itinerários terapêuticos (IT) de indivíduos, famílias se iniciaram a partir de a década de 1960. Recorrem a muitas correntes de pensamento e pressupostos teóricos, apoiando-se das pesquisas clássicas a respeito de o comportamento do doente (Illness Behaviour) e outras correntes de tipo explicativo, autores se arriscam em apresentar concepções teóricas e metodológicas que incluem uma interpretação mais profunda dos complexos processos de procura por cuidados (ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006).

A bibliografia socioantropológica acerca do itinerário terapêutico possui como seu propósito essencial interpretar os processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais optam, julgam e aderem (ou não) aos mais diversos tipos de cuidado (RABELO, 1999).

Alves (2014) defende que é fundamental reconhecer alguns pressupostos que caracterizam as pesquisas atuais sobre IT e que apontar esses pressupostos é um esforço complexo que necessita de um treino expressivo de análise histórica.

É importante destacar algumas diferenças em relação ao modelo clássico de pesquisa sobre IT, conhecido por “Illness behavior”, frequentemente consideradas como voluntaristas e racionalistas. O propósito essencial dessas pesquisas era explicar de que maneira se dava as relações entre: (a) ações e uso dos serviços profissionais de saúde; (b) padrões integrados e coerentes de “condutas” (ALVES, 2014).

Desde cedo os princípios do modelo utilitarista e racionalista foram alvo de críticas por diversos teóricos. Parsons (1979 *apud* RABELO; ALVES; SOUZA, 1999), por exemplo, havia examinado a simplificação excessiva desse modelo. Ele afirmava que a ação humana é inseparável das atitudes de interpretação. Portanto, para compreendê-la é preciso aceitar os princípios e regras que orientam o comportamento das pessoas.

Uma das possíveis complicações das pesquisas de modelo utilitarista e racionalista, para Dingwall (1974), foi o fato de tratarem as ações das pessoas somente do ponto de vista da demanda do sistema de serviços de saúde. Ademais, muitas análises a respeito de definições populares sobre enfermidade e processos

terapêuticos partiu de uma convicção não questionada de que o modelo biomédico era o único existente.

As críticas sobre as pesquisas tradicionais acerca de *illness behaviour* contribuíram consideravelmente para importantes reformulações teóricas e metodológicas dos estudos sobre itinerário terapêutico. Essa alteração de ponto de vista trouxe uma nova compreensão a respeito das definições e significados que as pessoas e os grupos sociais atribuem a suas aflições (RABELO, 1999).

Um outro olhar sobre o itinerário terapêutico foi desenvolvido durante a década de 70 com os estudos etnográficos, pois a atenção foi direcionada para os aspectos cognitivos e interativos implicados nos processos de escolha por um tratamento, assim como para os valores culturais, gênero, estruturas familiares idade, etc. Este tipo de estudo foi inspirado pelas pesquisas sobre redes sociais e procuravam encontrar relação entre as escolhas de tratamento e o amparo social de que dispunham (ALVES; SOUZA, 1999; DUARTE, 1988).

As pesquisas sobre redes sociais influenciaram fortemente o estudo interativo do itinerário terapêutico. Certos aspectos da estrutura das redes, como a densidade e seu grau de interconexão foram correlacionados a grande parte das pesquisas sobre redes sociais, sobretudo quanto ao padrão de procura por auxílio médico (RABELO, 1999).

Horowitz (1991) parte da premissa que uma das qualidades das redes sociais é a competência de proporcionar conexões com as instituições e apoia-se na ideia de que, quanto mais uma pessoa conecta-se a outras, mais canais possui para adquirir informações e conseqüentemente mais busca os serviços de saúde.

Os antropólogos passaram a propor distintas classificações de sistemas terapêuticos no esforço de organizar as distintas interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as diversas opções disponíveis. Entre elas, Kleinman apresentou o modelo que é o mais empregado até os dias de hoje. Este autor elaborou o conceito de sistema de cuidado de saúde (health care system), no qual aponta inter-relação sistêmica entre distintos elementos relacionados à saúde, enfermidade e cuidados com a saúde (RABELO, 1999).

Alves (2014) ressalta a importância de que as pesquisas sobre itinerário terapêutico abordam uma diversidade de temáticas e com distintos princípios teórico-

metodológicos. Duas ordens de explicações podem ser identificadas: as cognitivas e a socioeconômicas. As cognitivas compreendem escolhas e decisões de cuidados à saúde, construções de significados, caracterização de princípios, emoções, ideologias relativas com a enfermidade ou aflição. Já a socioeconômica corresponde à maneira que os trabalhos sobre desigualdades sociais interferem na procura e oferta de serviços à saúde. Vale destacar que essas duas ordens explicativas não são excludentes entre si e podem ser analisadas quanto a grandes temáticas que frequentemente se associam. São elas:

(...) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à saúde; funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde (ALVES, 2014, p.5).

3.2.2 Noções e conceitos sobre itinerários terapêuticos

A elaboração de pesquisas qualitativas sobre os IT no setor da saúde tem se ampliado com o passar do tempo. A maior parte dessas pesquisas trata os complexos processos de escolha das formas de tratamento recorrendo aos pressupostos socioantropológicos (ALZATE LÓPEZ, 2014).

No presente estudo assumiremos o conceito de itinerário terapêutico como qualquer movimento próprio que o sujeito faz na procura em resolver sua questão de saúde-enfermidade. Para Alves e Souza (1999, p. 133), “o itinerário terapêutico determina um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto pré-concebido: o tratamento da aflição”.

Os estudos de IT podem englobar as dimensões cognitivas, interpretativas e materiais do processo saúde / enfermidade / atenção. As dimensões materiais abrangem os aspectos socioeconômicos, disponibilidade (ou a falta) dos serviços de saúde, assim como a organização dos mesmos (ALZATE LÓPEZ, 2014).

É preciso compreender o sentido das ações que constituem o itinerário terapêutico. O fundamento inicial está nos processos de escolha e decisão. Abordar o processo de escolha inclui a consideração das possibilidades terapêuticas acessíveis (RABELO, 1999).

Vale ressaltar que não se deve confundir as possibilidades terapêuticas e a análise dos processos de escolha/decisão, pois a determinação das opções de tratamento que a sociedade oferece, geralmente, está fora do domínio do doente (RABELO, 1999).

A pesquisa de IT trata de reconstituir os trajetos realizados pelos atores na procura de um certo tratamento. Assim, a análise aborda o reconhecimento e caracterização dos percalços pelos quais as pessoas e as categorias sociais chegaram a um modelo de tratamento, dentro de “campos de possibilidades” disponíveis (ALVES, 2014).

As dimensões subjetivas e o cenário no qual os costumes se desenvolvem precisam ser adicionadas na abordagem do IT. A busca de tratamentos é variada e complexa, isso implica que essa busca varia de mesma pessoa para outra e de uma ocorrência de enfermidade para outra. As variáveis situacionais, psicológicas, sociais, econômicas e culturais compõem a classe das avaliações, escolhas e adesão a tratamentos. Todas elas guiadas pelas concepções de vida e por objetivos de cada um (ALZATE LÓPEZ, 2014).

Nas pesquisas sobre IT é importante considerar qual contexto sociocultural influencia a escolha de tratamento. Assim, o campo de possibilidades socioculturais corresponde a espaços onde as distintas trajetórias terapêuticas são viabilizadas. Tais projetos podem se mostrar, inclusive, contraditórios em sua elaboração (VELHO, 1994).

Tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, o que é evidenciado pela busca por vários tratamentos de visões discordantes e até mesmo contraditórias. Os enfermos, sua família e demais entes próximos estão permanentemente negociando os significados de doença e cura (RABELO, 1993).

Vale ressaltar que os estudos sobre itinerários terapêuticos envolvem uma diversidade de temáticas e de premissas teórico-metodológicas. A variedade desses estudos vai desde concepções das escolhas terapêuticas até a compreensão macrossocial, sem deixar de considerar as influências socioeconômicas, culturais e as relações com os diversos sistemas de cuidado (ALZATE LÓPEZ, 2014).

Alzate López (2014) chama a atenção de que, apesar da variedade de maneiras de lidar com IT, é concebível localizar alguns discernimentos críticos compartilhados

entre os exames atuais. Eles abordam: o pluralismo do cuidado; falta de padrão de um percurso de cura, partes subjetivas e intersubjetivas no adoecer; processo de escolha de cuidados; o instante da escolha do subsistema profissional; e a desconsideração da experiência subjetiva pelo subsistema profissional.

O pluralismo dos sistemas de cuidado aponta que as pessoas encontram maneiras diferentes de enfrentar seus problemas de saúde. Baseia-se na ideia de que, nas sociedades complexas, existe uma maior oferta de serviços terapêuticos. Deve-se notar que não existe um padrão específico nos caminhos de cura, onde a complexidade e o incomum fazem parte de sua edificação. Por esta razão, enfatiza-se a importância de considerar os aspectos subjetivos e intersubjetivos das experiências de enfermidade que incluem a reflexão sobre o contexto sociocultural em que sua construção ocorre.

Vários fatores influenciam a visão sobre a escolha de cuidado, entre eles: “representações da saúde ou da doença, os significados, a etiologia, as crenças, a família, as redes sociais, as condições socioeconômicas, pela disponibilidade ou não dos serviços” (ALZATE LÓPEZ, 2014, p.38). Destaca-se que o subsistema profissional é mais procurado em quadros de enfermidade mais graves. Aponta-se também que o subsistema profissional costuma desconsiderar as experiências subjetivas (ALZATE LÓPEZ, 2014).

Vale destacar que de acordo com Kleinman (1978), o pluralismo de cuidados nos sistemas de cuidado envolve a aspecto eminentemente sociocultural, o que possibilita a abordagem dos aspectos cognitivos, tal como os aspectos socioculturais.

Kleinman (1978) defende que existem 3 subsistemas nos sistemas de cuidados com a saúde. São eles: o profissional, o popular e o informal. A medicina científica ocidental e as profissões paramédicas reconhecidas constituem o campo profissional. Já o setor popular é constituído pelos especialistas de cura ‘não oficiais’, como os rezadores, curandeiros e espiritualistas. Quanto ao subsistema informal, ele abrange o campo leigo, não especializado da sociedade, como a automedicação, os grupos de autoajuda, o conselho de colegas, vizinhos etc. Vale ressaltar que é no subsistema informal em que a maior parte das questões de saúde é primeiramente abordada.

Toda pesquisa sobre o itinerário terapêutico precisa evidenciar as trajetórias, os significados, as experiências, e os planos construídos dentro das possibilidades.

Dessa maneira, o pluralismo dos sistemas de cuidado e o sentido das ações nas distintas sociedades destaca a relação na experiência do adoecimento (LEITE, 2006; GERHARDT, 2006; VELHO, 2003).

Kleinman (1978) defende que a saúde, a doença e o cuidado são componentes de um sistema cultural e precisam ser entendidos nas suas inter-relações. Ele apresentou o conceito de sistema de cuidados com a saúde, articulando o mesmo com os mais variados fundamentos relativos aos processos de saúde, doença e cuidado, abordando por exemplo: a forma como a experiência da enfermidade é vivenciada, as experiências dos sintomas, os modelos de conduta na busca por cuidados, as decisões relativas ao tratamento, as práticas terapêuticas e a avaliação de resultados.

Patherson (2001) aponta que a categoria experiência de enfermidade é reconhecida como via de acesso aos itinerários terapêuticos e reconhece a complexidade do fenômeno que envolve as muitas dimensões do “viver” e do “agir”.

A relevância em diferenciar “cuidados à saúde” e “cuidados médicos/terapêuticos à saúde” é destacada por Alves (2014). Este autor aponta que sem sombra de dúvida são fenômenos muito próximos, porém mantêm suas particularidades. Por revelar visões distintas sobre “cuidados”, destaca-se que essa diferenciação é essencial.

Quando o conceito de IT for tratado como “cuidados médicos/terapêuticos à saúde”, ele está direcionado para assimilar os resultados das ações executadas pelos pacientes e familiares na procura de tratamento médico. Essa compreensão tende a firmar um caráter direcional às ações que os atores realizam no manejo com a enfermidade e na procura por cuidados. Essa compreensão se deve à maneira que frequentemente os informantes reconstituem seu IT, com narrativas que descrevem a idealização e generalização na procura de tratamento (ALVES, 2014).

Procurar cuidados à saúde requer ação no “mundo externo”, ou seja, não se trata apenas de solucionar mentalmente uma questão, porém agir sobre as vicissitudes da vida cotidiana. Nesse aspecto, são ações executadas em situações concretas que demandam efetividade e impulsionam os envolvidos dedicar atenção às realidades da vida social. Dessa maneira, procurar cuidados à saúde não pode ser considerado apenas uma busca por tratamento médico (ALVES, 2014).

3.2.3 A experiência da enfermidade

Rabelo, Alves e Souza (1999) destacaram a associação entre a experiência da enfermidade e os Itinerários terapêuticos, por considerarem que somente partindo do reconhecimento da doença é que acontece a procura pelo alívio da aflição.

O conceito de experiência da enfermidade é uma das temáticas de grande destaque nas pesquisas socioantropológicas da saúde. Esse conceito se refere à maneira pela qual as pessoas se posicionam e assumem a condição de enfermidade (ALVES; RABELO, 1999).

Um dos primeiros estudos sobre a experiência da enfermidade foi desenvolvido por Talcott Parsons (1951 *apud* ALVES, 1993). A doença, para este autor, constitui um desvio e deve ser analisada como um resultado da inter-relação, determinada por direitos e deveres, entre o doente e o terapeuta. Assumindo sua condição de doente, isto é, adotando o papel de enfermo, o indivíduo passa a não ser mais considerado responsável pelo seu estado e fica legitimamente isento das obrigações sociais normais, desde que procure ajuda competente e coopere com o tratamento indicado. A enfermidade, portanto, não é meramente um estado de sofrimento, mas também uma realidade social.

Byron Good e Arthur Kleinman ([s. d.] *apud* ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999) foram os pesquisadores que se destacaram nas primeiras grandes pesquisas sobre experiência da enfermidade. Esses estudos iniciais datam do início da década de 1980.

Inicialmente é necessário considerar que a doença é, antes de qualquer coisa, uma percepção de mal-estar, ou seja, sem a percepção de que 'algo não vai bem', não saberíamos que estamos doentes (ALVES; RABELO, 1999).

A etapa inicial no processo de percepção de que alguém está enfermo tem como fundamento a experiência de aflição ou de outro distanciamento das expectativas. Freidson (2009) defende que a aflição expressa pela dor é experiência mais primitiva e universal relacionada ao que se chama enfermidade.

Porém, a dor não é a única experiência que os sujeitos julgam como possível sinal de uma enfermidade. A dor não está incluída sequer na maior parte do que é

percebido como sintomas. Assim como muitos dos fenômenos considerados como sintomas não incapacitam a "vítima" de uma maneira significativa. O componente em comum é a atribuição de desvio ao comum ou desejável (FREIDSON, 2009).

Apple (1960 *apud* FREIDSON, 2009) pesquisou um grupo de leigos quanto às experiências que representavam um sintoma de enfermidade. Esse estudo apontou que os sintomas de doença pareciam depender de pontos fundamentais, são eles: a novidade da experiência e a intensidade com que ela interfere nas atividades do cotidiano.

No momento em que alguém entende que está impossibilitado de praticar suas atividades diárias habituais por conta de algum sintoma é quando reconhece que está enfermo. Dessa forma, as suas capacidades e experiências habituais são referências para considerar algum sinal de enfermidade (FREIDSON, 2009).

O desvio do padrão cultural e histórico de normalidade é condição para que haja a constatação de um sintoma ou de uma enfermidade para o leigo (FREIDSON, 2009). Vale ressaltar que a enfermidade não é constituída apenas pelo desvio trazido com a dor. O mal-estar deve ser convertido em objeto aceito socialmente e alvo de intervenção para que configure sintoma de enfermidade (ALVES; RABELO, 1999).

É fundamental considerar que o mundo compartilhado de costumes, crenças e princípios embasam as respostas apresentadas diante das complicações criadas pelas enfermidades. O conjunto de resoluções formuladas, (re)produzidas e transmitidas pelos familiares, amigos, vizinhos e terapeutas são compatíveis com o mundo sociocultural ao qual fazem parte. Vale destacar que a antropologia não considera a doença somente como um ente biológico, pois defende que ela seja abordada como objeto que constitui um sentido nas interações entre pessoas, coletividades e instituições (ALVES; RABELO, 1999). Assim, a experiência da enfermidade revela tantos aspectos sociais, como cognitivos, subjetivos e objetivos (ALVES, 1993).

A enfermidade refere-se a formas pelas quais as pessoas demonstram e explicam suas experiências de mal-estar. Muitas vezes, a construção das narrativas sobre o sofrimento e sequência das ações representam esse trabalho de expressão do adoecimento (ALVES; RABELO, 1999).

Os modelos sociais ou processos explicativos racionais socialmente

legitimados não contemplam a amplitude do aspecto sociocultural da doença. É necessário observar de que maneira as experiências de “aflição” ou “sentir-se mal” estão culturalmente enraizadas. É preciso considerar também os processos complexos de relações intersubjetivas em que as experiências são comunicadas e compreendidas (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Não é possível negar que o homem leigo pode ter uma concepção própria sobre a enfermidade, independente da visão científica. Contudo, é o olhar da medicina no mundo moderno que sanciona a enfermidade oficialmente (FREIDSON, 2009). A exclusiva jurisdição sobre a delimitação do que pode ser considerado enfermidade é buscada na medicina. A conquista sobre esta jurisdição implica que a medicina esteja comprometida com a criação da enfermidade enquanto condição social.

Freidson (2009) defende que a medicina esteja isenta de juízo moral e que tenha um embasamento científico puramente objetivo. Essa visão da medicina considera a enfermidade como algo que envolve apenas a existência física, como vírus e moléculas. Dessa maneira, estaria desconsiderado qualquer contexto histórico e social que fundamenta uma avaliação moral.

A noção de enfermidade implica em uma avaliação humana sobre o que é normal, desejável e adequado, tal como em relação à concepção de moralidade. Portanto, defende que a ideia de enfermidade é fundamentalmente avaliativa e que a medicina é uma organização moral, como a religião e o Direito, pois busca identificar e governar o que considera indesejável (FREIDSON, 2009).

O juiz determina o que é legal e quem é culpado, o padre define o que é santo e o que é profano, o médico define quem é normal e quem está doente. Eu insisto que, da mesma forma que o Direito e a religião, a profissão médica usa critérios normativos para escolher o que é de seu interesse (FREIDSON, 2009, p.230).

Parsons apontou que atualmente a palavra "doença", no sentido de desvio, inclui a ideia de que o desviante não realizou escolha deliberada para estar nessa condição, isto é, que o desvio está fora do domínio do ator (FREIDSON, 2009).

No debate que Parsons levanta sobre o significado social da doença, faz um delineamento do "papel do enfermo". Quatro aspectos específicos são definidos:

1) A incapacidade do indivíduo é pensada como algo que está fora do exercício de sua escolha. (2) Sua incapacidade é uma razão determinante para que ele seja isento de obrigações morais. (3) Estar doente é ser capaz de ter legitimamente um comportamento desviante. (4) A partir do momento que a pessoa que sofre não consegue voltar a se sentir bem por si só, espera-se que ela procure ajuda competente (FREIDSON, 2009, p.252).

O comportamento do desviante costuma ser admissível para os demais por conta de o indivíduo desviante não ser considerado responsável. Assim, os demais o "tratam" e "controlam", liberando o mesmo de suas obrigações comuns, porém exigindo que ele colabore no tratamento (FREIDSON, 2009).

Deve-se destacar os casos em que a pessoa é considerada como causadora do desvio que sofre. Freidson (2009) afirma que essas situações tornam os enfermos semelhantes a criminosos. Tendo como exemplo as reações profissionais e de leigos diante de doenças venéreas, observa-se nesses casos a preocupação sobre como a doença foi contraída. Refere que é possível encontrar situações em que a equipe médica chega a recusar prestar determinados cuidados aos que tentaram suicídio.

3.2.4 Pluralismo dos sistemas de cuidado

Quando as pessoas constatarem que sua saúde está debilitada, costumam buscar distintas maneiras de entender este evento e procuram meios para resolver a seu problema de saúde. O caminho na procura da resolução para sua dificuldade de saúde pode abranger estratégias diversas vindas do próprio sujeito, assim como de sua família e de pessoas de seu convívio, como por exemplo: amigos, colegas de trabalho, vizinhos etc. Esses saberes e costumes podem, muitas vezes, não corresponder às racionalidades científicas dos serviços de saúde (BURILLE, 2012).

A procura por cuidado em saúde tem em sua composição estratégias e planos que se baseiam na busca pelo alívio da aflição vivenciada. Considerando tal questão, não podemos deixar de incluir nessa análise as preferências, as emoções, e as atitudes, até mesmo por não se tratar de um plano projetado a priori, e sim de um agrupamento de significados inerentes às experiências vividas pelos sujeitos em ação (PINHEIRO; JUNIOR, 2009).

Gerhardt (2007) aponta que os problemas de saúde enfrentados podem ser

determinantes na escolha por alguma prática de tratamento. Dessa forma, a compreensão do que significa a enfermidade e a disponibilidade dos serviços são determinantes na escolha terapêutica. A autora destaca também que cada tratamento tem vantagens e desvantagens, e que a disponibilidade dos serviços é de fundamental importância, uma vez que representam acesso, vínculo e qualidade do mesmo.

Nas sociedades complexas modernas as pessoas dispõem de diversos meios para solucionar seus problemas de saúde. Essa diversidade corresponde a serviços que se baseiam nos mais distintos princípios e métodos de interpretação sobre as aflições (ALVES; SOUZA, 1999).

Um método de atenção à saúde costuma se destacar em quase todas as sociedades. Este método é denominado "oficial", é sustentado pela lei e reflete alguns aspectos culturais de uma dada sociedade. O sistema "oficial" abrange as profissões da saúde, mas há outros sistemas menores, que podem ser considerados subculturas médicas. A forma de interpretar e abordar as doenças diferem para cada subcultura (HELMAN, 2009).

A maior parte das pesquisas sobre IT ressalta trajetórias assistenciais correspondentes à sequência de recursos terapêuticos profissionais buscados a partir do início da enfermidade até a estabilização, cura ou morte (NOVAKOSKI, 1999). Contudo, há modelos de cuidados distintos aos ofertados pelo sistema de saúde profissional e estes devem ser considerados, uma vez que fazem parte da rotina das pessoas.

A antropologia da saúde tem entre seus autores o médico Arthur Kleinman. Este autor constrói seu modelo explanatório para abordar a saúde como um sistema cultural e aponta 3 setores de atenção à saúde. São eles: o setor profissional, o setor popular, e o setor informal. O setor profissional é constituído pela medicina científica. O setor popular é formado pelos especialistas de cura não oficiais, como as benzedeadas e os curandeiros. Já o setor informal abrange os recursos leigos de ajuda, não-especializados e não-profissionais, como apoio familiar, conselhos de amigos etc. (KLEINMAN, 1980). Os 3 sistemas de saúde já foram mencionados anteriormente no texto quando abordei sobre as noções e conceitos sobre itinerário terapêutico, mas retomo essa questão nesse momento com o objetivo de introduzir um aprofundamento em cada setor apontado por Kleinman.

O setor profissional inclui as profissões legalmente sancionadas e sindicalizadas, como exemplo da Medicina ocidental e as profissões paramédicas já reconhecidas, tais como fisioterapia, enfermagem etc. Os trabalhadores do setor profissional, em muitos países, constituem-se como grupo exclusivo de curandeiros tendo seu espaço garantido por lei. Costumam usufruir de status social, com obrigações e direitos mais diretamente definidos quando em comparação com outros tipos de curandeiros. Eles têm o poder de avaliar, estipular tratamentos e rotular seus pacientes. Esses rótulos são capazes de criar efeitos econômicos e sociais, pois podem definir quem tem direito a benefícios previdenciários, além de deliberar quem será privado de sua liberdade, quando definem sobre internações compulsórias (HELMAN, 2009).

No setor popular destacam-se os especialistas de cura não oficiais. Eles estão em uma posição intermediária entre a alternativa profissional e a informal. Os curandeiros populares costumam compartilhar as visões de mundo e os valores culturais das comunidades na qual exercem sua função, inclusive as crenças sobre a interpretação das doenças. A abordagem desses curandeiros é considerada holística, uma vez que seu olhar abrange para os mais diversos aspectos da vida do paciente. Como há um envolvimento frequente da família, muitos reconhecem na alternativa popular vantagens em comparação com a medicina tradicional. Outros, sobretudo para a medicina do mundo ocidental, enxergam os curandeiros do setor popular como uma grave ameaça à saúde. A OMS em 1978 reconheceu alguns benefícios da medicina popular, recomendando a integração dos costumes tradicionais de cura à medicina moderna, destacando a importância do respeito entre os praticantes dos vários sistemas de tratamento (HELMAN, 2009).

O setor informal compreende as opções terapêuticas leigas, não-profissionais e não-especializadas. Pertencem a esse campo a automedicação, os conselhos de amigos ou familiares, atividades de cura em igrejas, grupos de autoajuda e consulta a outro sujeito leigo que tenha especial experiência com enfermidades. O campo predominante da assistência para esse setor é a família, que corresponde a primeira sede de assistência em saúde em qualquer sociedade (HELMAN, 2009).

Vários sistemas de atenção à saúde são mobilizados na procura pelo tratamento. Vale lembrar que esses sistemas estão relacionados diretamente aos aspectos da cultura correspondente, pois eles representam saberes, técnicas e papéis

dos agentes sociais implicados (SANTOS; SILVA, 2014).

A busca por cuidados é complexa e diversa, podendo apresentar diferenças entre as pessoas, mas também com a possibilidade de divergir em uma mesma pessoa, entre um episódio de enfermidade e outro. As escolhas pelas alternativas terapêuticas podem se restringir a apenas um sistema (tipo exclusivo) ou podem envolver mais de um sistema (tipo misto). Assim, fica claro que não há um único padrão pré-definido de procura terapêutica (GERHARDT, 2006).

A sociedade tem um sistema de classificação que autoriza a pessoa a se referir como enfermo ou não, assim como as doenças podem ser classificadas como simples ou sérias. Quando a enfermidade é considerada séria, costuma ser exigido a mobilização de técnicas especiais (BURILLE, 2012).

Roese (2005 *apud* NOVAKOSKI, 1999), ao estudar itinerários terapêuticos de enfermidades consideradas leves, apontou que a escolha inicial de cuidado era buscada no setor informal, a partir de automedicação. Se não encontrassem alívio suficiente dos sintomas, buscavam o setor profissional e, logo em seguida, o popular. Contudo, o setor profissional era a primeira escolha quando se tratava de doenças consideradas graves.

As técnicas mobilizadas pelo enfermo e sua família podem ser distintas dependendo do julgamento da enfermidade, podendo englobar, desde o consumo de chás, a procura por benzedeiros e até mesmo ao comparecimento em centros de tratamento em saúde (BURILLE, 2012).

Buscar um centro espírita, um médico ou requisitar a prescrição de um chá a um parente são alguns entre os diversos caminhos possíveis na procura por alívio à aflição. Vale ressaltar que a utilização de diferentes recursos, até mesmo antagônicos, não são excludentes entre si. Na verdade, Kleinman (1988) aponta que este é um fenômeno muito comum.

3.3 Suicídio e saúde pública no Brasil

3.3.1. As políticas de prevenção do suicídio no Brasil

Para compreender as políticas de prevenção do suicídio no Brasil é fundamental contextualizar a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica no país. O SUS é a estrutura de política pública de saúde em nosso país. Ele é resultado, principalmente, de mobilizações sociais associadas a comunidades científicas, políticas e sanitárias. Juridicamente foi instituído na Constituição de 1988 e, com a Lei Orgânica de 1990. Promove avanços e ampliação nos cuidados à saúde, pois estabeleceu a universalidade em um período que predominava a privatização nos serviços de saúde (ANDRADE et al., 2013).

A Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou forma com a inclusão dos princípios da reforma sanitária na Constituição Federal, com a aprovação do SUS e com a municipalização da gestão de saúde. O histórico da implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira foi estudado por Sampaio & Santos em 2001. Eles encontraram em sua pesquisa a redução de 40% dos leitos psiquiátricos quando comparados com o número de leitos em 1985 (SAMPAIO, 2013).

O deputado Paulo Delgado, em 1989, apresentou o projeto de lei que previa a progressiva extinção dos manicômios, com a substituição por outros dispositivos assistenciais, além de regulamentar a internação compulsória. O projeto tramitou no congresso nacional por mais de dez anos, mas foi aprovado dando origem a lei 10.216/2001, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Estabeleceu que o tratamento para esse público deve acontecer, principalmente em serviços comunitários (SAMPAIO, 2013).

Entre os dispositivos substitutivos criados com a Reforma Psiquiátrica no Brasil está o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços de Residência Terapêutica. Uma das funções dos Centros de Atenção Psicossocial é a organização da rede assistencial de saúde mental (SAMPAIO, 2013). Isso o torna um dispositivo de fundamental importância na articulação de uma política de prevenção do suicídio. Contudo, a definição dessa função pelo Ministério não garante estratégias organizadas de prevenção do suicídio no país.

Estellita-Lins (2012) ressalta que, entre os países da América Latina, o Brasil foi o primeiro a estabelecer diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio. O Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que orienta:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

III - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como, fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais (...) (BRASIL, 2006 a, p.1).

Botega (2007) defende que, embora sem um plano nacional, o Brasil já avançou, por exemplo, na elaboração do manual dirigido aos profissionais das Equipes de Saúde Mental de 2006. Este Manual tem recorte mais enfático quando pensamos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Outra publicação do Ministério da Saúde que traz conceitos e orientações de manejo em casos de ideação e tentativa de suicídio é o Manual Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011).

A Organização mundial de saúde (OMS) defende, em sua publicação sobre prevenção de suicídios, que estas mortes têm um grande impacto social, configurando-se como um grave problema de saúde pública. Aponta que aproximadamente 804.000 pessoas morreram por suicídio em 2012, representando uma taxa anual de 11,4 por 100 000 habitantes (WHO, 2014). Considerando-se os números absolutos de mortes autoprovocadas intencionalmente indicados pelo DATASUS e a população estimada pelo IBGE, calcula-se no Brasil uma taxa de suicídio em 2014 de 5,25 por 100 000 (BRASIL, 2015; IBGE, 2015). Essa taxa pode ser considerada baixa em comparação com outros países, mas a quantidade de ocorrências coloca o Brasil entre os dez países com maior número de suicídios (WHO, 2014).

Estima-se que o número de tentativas supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes. O manual sobre suicídio publicado pelo Ministério da Saúde aponta

que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio no Brasil são mais raros e não tão confiáveis em comparação aos de óbito por suicídio (BRASIL, 2006b).

Para a OMS, o suicídio pode ser definido como um ato deliberado realizado por uma pessoa com clareza de expectativa do resultado fatal. É considerada uma emergência psiquiátrica, apontada como morte derivada de lesões autoprovocadas intencionalmente por diversos métodos (OMS, 2003). Associa-se etiologicamente com diversos fatores, entre eles: culturais, sociológicos, políticos, econômicos, religiosos, biológicos, psicológicos e psicopatológicos (ROY, 1999).

As interpretações para as mortes por autoextermínio são complexas, multifatoriais e imprecisas. Contudo, Mann et al. (2005) afirmam que mesmo sem encontrarmos uma concepção absoluta e definitiva, é possível reduzir o número de suicídios através de estratégias preventivas individuais ou coletivas (MANN et al., 2005).

Ribeiro (2012) defende que ao considerar os fatores de risco é viável desfazer a ideia de que o suicídio é algo arbitrário e que tem como única causa o sofrimento. O Manual de Prevenção do Suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, refere que os principais fatores considerados de risco para o suicídio são os transtornos mentais e o histórico de tentativas de suicídio (BRASIL, 2006b).

Assim como podem ser identificados fatores de risco para o comportamento suicida, também existem elementos que funcionam como fatores protetores, podemos exemplificá-los incluindo: acompanhamento nos casos de transtornos mentais, acesso limitado a métodos letais de suicídio, apoio à família e à comunidade, apoio de profissionais de saúde, desenvolvimento de habilidades de resolução de conflitos etc. (WANSSERMAN, 2004).

Segundo Machado et al. (2014), no campo da saúde pública no Brasil, existem poucos estudos sobre as políticas de prevenção do suicídio. Ele atribui isso a diversos fatores, entre eles o tabu em torno do tema. O que ressalta a importância de que esse assunto seja mais discutido, não somente no âmbito acadêmico, mas também com a sociedade.

A OMS defende o trabalho de prevenção do suicídio através do estabelecimento de estratégias nacionais que considerem a identificação de grupos de risco e o desenvolvimento de fatores protetores. Destaca também a importância de

unidades de investigação sobre o suicídio nos espaços acadêmicos (WHO, 2014).

Howlett et al. (2013) descrevem a construção de uma política pública como um movimento de observação de possibilidades diante de um problema público e apontam que os atores políticos, as instituições, as ideias e as crenças são elementos que formam uma unidade analítica que possibilita uma compreensão da elaboração de políticas públicas.

O momento inicial na elaboração de uma política pública é a formação da agenda. Trata-se do estágio mais amplo, pois corresponde à fase em que as pessoas ou grupos envolvidos têm a percepção do problema e discutem sobre as possíveis intervenções governamentais (RIPLEY, 1995).

Não encontrei registros em documentos oficiais ou trabalhos científicos que abordassem o processo de formação de agenda sobre as políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil. Contudo, é perceptível a influência da OMS na elaboração dos materiais do Ministério da Saúde, pois no Manual de prevenção do suicídio (BRASIL, 2006 b) é possível identificar diversas referências às publicações da OMS. Para alguns autores as organizações como a OMS são expressivos repositórios de expertise e influenciam na construção de políticas públicas em diversos países (MACHADO, 2014).

Mrazek e Haggerty (1994 *apud* BERTEOLOTE, 2012, p.88-89) apresentam três graus de prevenção do suicídio considerando o risco, são eles: “prevenção universal, seletiva e indicada”. Na prevenção Universal, as ações não necessitam de alguma condição de risco, pois são destinadas a toda a população. É apresentado como exemplo o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, ocasião em que todos recebem informações sobre o suicídio, impacto e enfrentamento. Na prevenção Seletiva as ações são endereçadas a grupos populacionais que apresentam vulnerabilidade que os colocam em algum risco. Na prevenção indicada as ações são voltadas às populações com risco moderado ou alto, como por exemplo o contato frequente com pessoas que já passaram por uma tentativa de suicídio.

Encontramos poucas pesquisas e ações organizadas brasileiras ligadas a estratégias de prevenção do suicídio. Contudo, existem algumas experiências interessantes de prevenção do suicídio nos estados de São Paulo, Ceará, Rio Grande do Sul, Piauí e no Distrito Federal. Apresentarei a seguir uma breve descrição dessas

experiências.

Um grupo de pesquisa e trabalho do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP executou projetos com parceria entre UNICAMP, FAPESP e Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo, estabelecendo um programa em duas subprefeituras, nos anos de 2004 e 2005, de monitoramento, coleta de dados e busca ativa para continuidade de tratamento de moradores destas regiões que tentassem suicídio. Foram destacados os ganhos quanto à melhora na articulação entre os serviços e os profissionais (CAIS, 2011).

No Ceará, em agosto de 2007 foi publicada a portaria municipal que institui a notificação de suicídio e de tentativa de suicídio para os pacientes atendidos nos serviços de saúde da rede SUS no município de Sobral - CE. A portaria reconhece o suicídio como um grave problema de saúde pública na cidade e resolve pela ampliação do acesso aos serviços de saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico com o intuito de evitar a recidiva de tentativas ou suicídios. As unidades de saúde do município teriam que obrigatoriamente notificar os casos de suicídio e tentativa através de uma ficha específica, elaborada na época, e entregar a notificação no dia útil imediato ao CAPS, que ficaria responsável pela busca ativa desses usuários. A portaria determina também a implantação de um banco de dados sobre suicídio na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - CE (SOBRAL, 2007).

Conte et al. (2012) descrevem iniciativa no município de Candelária (RS), onde foi instituído em 2009 o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS). Esse programa permitiu a capacitação dos profissionais da Rede de saúde e encaminhamento dos pacientes de maior risco com prioridade no atendimento. Para sua execução foram estudados diversos elementos como: ações em rede, linha de cuidado e organização do programa.

O Distrito Federal propôs uma política de prevenção do suicídio que foi oficializada pela Portaria no. 185, de 12 de setembro de 2012. Essa proposta coloca, entre seus pontos principais, a capacitação de profissionais, incentivos à pesquisa e estruturação da rede de atendimento (BRASIL, 2012).

No ano de 2016, a prefeitura municipal de Sobral – CE publicou a portaria que instituiu a Comissão Permanente Intersetorial de Prevenção ao Suicídio do Município de Sobral. A referida comissão fica na responsabilidade da secretaria de saúde do

município, por meio da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM). Foi deliberado que a mesma tem caráter fundamentalmente educativo, ético, técnico e organizativo, deixando a função assistencial na responsabilidade da RAISM. Foi desenhada com a composição de nove membros e seus respectivos suplentes escolhidos por algumas instituições públicas e setores da sociedade civil (SOBRAL, 2016). A portaria indica que a referida comissão tem como atribuições:

- Identificar, avaliar e monitorar os indicadores de suicídio e de tentativas de suicídio no município de Sobral;
- Organizar reuniões mensais para discussão, planejamento, organização das ações e monitoramento e prevenção ao suicídio em Sobral;
- Planejar e articular atividades para a Semana de Ações Intersetoriais de Prevenção ao Suicídio em alusão ao Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio;
- Fomentar educativas ações em todos os níveis de atenção à saúde no município de Sobral para qualificar a promoção do cuidado aos sujeitos que tentam o suicídio, bem como a seus familiares;
- Elaborar relatórios situacionais dos casos de óbitos por suicídio de usuários residentes no Município de Sobral (SOBRAL, 2016, p.3).

O governo do estado do Piauí publicou um plano de ação de prevenção do suicídio em 2017. Esta proposta tem como objetivo geral: “implantar o plano de ação sobre prevenção ao suicídio junto às redes de Atenção à Saúde (SUS), Educação, Segurança e Socioassistencial (SUAS) no Estado do Piauí” (PIAUI, 2017, p. 1). Quanto aos objetivos específicos explicita:

- Construir e implantar fluxos e protocolos de acolhimento e manejo ao suicídio para as redes de Atenção à Saúde (SUS), Educação, Segurança, Socioassistencial (SUAS) para a prevenção ao suicídio.
- Qualificar os profissionais das redes SUS, SUAS, educação e segurança e demais atores intersetoriais no âmbito da prevenção ao suicídio e promoção à saúde.
- Implementar campanhas educativas à população geral, visando a redução do estigma, no que diz respeito à depressão, suicídio, comportamentos autolesivos.
- Acompanhar e avaliar a implantação do plano de ação voltado para o suicídio nos municípios (PIAUI, 2017, p. 1).

Machado et al. (2014) defendem que os principais obstáculos na construção de uma agenda de prevenção do suicídio são: o tabu ainda existente sobre a questão, a ausência de treinamento de qualidade na assistência às pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, a falta de interesse político, as subnotificações dos casos, o uso

abusivo de substâncias químicas, a falta de estratégias de enfrentamento a questão do suicídio, etc.

Apesar da incontestável negligência histórica do SUS sobre o tema (MACHADO et al., 2014), é possível perceber alguns avanços na construção de políticas de prevenção do suicídio, como por exemplo na publicação das diretrizes nacionais, nos manuais elaborados pelo ministério da saúde e com algumas iniciativas locais de construção de estratégias de prevenção. Contudo, as estratégias organizadas de prevenção ainda se mostram pouco presentes quando consideramos o território nacional.

3.3.2 Prevenção de suicídios na atenção primária

As pesquisas epidemiológicas demonstram, tal como em outros agravos, um aumento da prevalência dos suicídios. O que indica a urgência de que as equipes de saúde da atenção primária tenham condições de executar o manejo desses fenômenos (KOHLRAUSCH, 2012).

Diversos autores defendem que é necessário o olhar de profissionais de distintas áreas na tentativa de atingir uma compreensão mais profunda sobre o fenômeno. Dessa maneira, faz-se preciso a interdisciplinaridade nas ações que visem à prevenção das tentativas de suicídio (MINAYO; CAVALCANTE; SOUZA, 2006).

Uma publicação da Organização Mundial da Saúde de 2000 nomeada “Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária” defende o enfoque de ações de prevenção do suicídio na atenção primária, considerando que os profissionais que estão mais próximos podem atuar de forma mais acessível e disponível. A OMS (2000) aponta razões para focar a prevenção do suicídio na atenção primária, entre elas:

- A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local.
- A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde.

Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde.

- O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações.
- Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado.
- É também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitarem (OMS, 2000. p.5).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de assistência em saúde que propõe uma articulação entre suas ações e as outras políticas públicas, além de incluir os espaços comunitários e domiciliar como campos de atuação (NUNES et al., 2002).

Em 1994 foi implantado no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), instituído pela Portaria 648 (BRASIL, 2006d) como Política Nacional de Atenção Básica. Foi considerado de que o programa provisório fosse transformado em estratégia permanente após uma avaliação sobre sua qualidade. Essa proposta se concretizou, tornando o Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família (ESF), pela defesa de ações em saúde desenvolvidas em um território com população adstrita, facilitação do acesso, possibilidade de acolhimento e maior vínculo entre a comunidade e os trabalhadores de saúde (CAMPOS et al., 2008).

Por conta de suas estreitas relações com a comunidade, a atenção básica possui um papel estratégico para a proposta de rede de serviços articulada, que oferte uma atenção integral com resolutividade e qualidade nos serviços (CECCIM, 2004).

Campos (2003) destaca que atenção básica tem grande capacidade de construção de vínculo, identificação das vulnerabilidades e acolhimento da demanda por sua proximidade com as pessoas do território. O que favorece também a identificação e as intervenções diante do comportamento suicida.

Kohlrausch (2012) afirma que a proximidade contribui na responsabilização do profissional, pois o mesmo convive e conhece a realidade do usuário, superando a impessoalidade no atendimento. Outro ponto importante destacado que pode favorecer, inclusive o acompanhamento de casos de comportamento suicida, é a realização de atividades fora da área física da unidade de saúde. As visitas domiciliares, por exemplo, possibilitam que os profissionais conheçam melhor o funcionamento e as particularidades da família e da comunidade. A inclusão do atendimento ao usuário com comportamento suicida pela equipe da ESF justifica-se, entre outras razões, pela relevância da questão e pelo favorecimento que a

proximidade com usuário possibilita na identificação do sofrimento psíquico.

A importância da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica é sustentada na publicação “Saúde mental e atenção básica” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Esta obra destaca propostas para a realização dessas ações, entre elas, adotar a formação dos trabalhadores como ferramenta básica e trabalhar os indicadores de saúde mental no Sistema de Informações de Atenção Básica.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) defende que as ações de saúde mental na atenção básica precisam seguir o modelo de redes de atenção, com base territorial e buscando acolher e construir vínculos com a comunidade através de ações que atuem de maneira transversal a outras políticas.

Kohlrausch (2012) aponta que ainda há uma crença de que apenas especialistas tem a tarefa de realizar assistência em saúde mental. Este autor destaca o valor do matriciamento em saúde mental como estratégia imprescindível, através da qual as equipes da ESF podem ser assessoradas nos acompanhamentos dos casos. O Guia prático de matriciamento em saúde mental define o mesmo como: "novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica" (CHIAVERINE, 2011, p.13). Vale ressaltar que essa definição vai além de um simples assessoramento da equipe da ESF.

Em 2008 foi publicada a portaria que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). O NASF não deve funcionar como porta de entrada, mas tem a função de apoiar os profissionais da ESF na assistência de situações mais complexas, como por exemplo, nos casos de comportamento suicida.

Considerando a relevância e o impacto da questão do suicídio no país, o Ministério da Saúde publicou em 14 de agosto de 2006 as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876, defendendo que as ações de prevenção do suicídio sejam articuladas entre as três esferas de poder público (Municipal, Estadual e Federal), além da participação de organismos não governamentais. Com isso, as propostas devem favorecer, entre outras ações: o desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; o desenvolvimento de estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que

o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; a organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; a identificação da prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade (BRASIL, 2006a).

Essa proposta corrobora a relevância do envolvimento da ESF nas ações de prevenção do suicídio, pois é fundamental a atuação transversal dessas ações com outras políticas públicas, considerando o modelo de redes de cuidado de base territorial (BRASIL, 2006b).

O planejamento de ações de cuidado construídas em cooperação com os usuários cria oportunidade de que essas iniciativas considerem a singularidade do sujeito que apresenta comportamento suicida, além de aprofundar o vínculo entre a equipe, a comunidade, os usuários e os familiares. Nesse aspecto, o envolvimento da equipe da ESF com a realidade dos usuários e do território pode favorecer a valorização das subjetividades (KOHLRAUSCH, 2012).

Uma pesquisa apontou que mais de 75% das pessoas que morreram por suicídio buscaram uma unidade de atenção primária à saúde no ano de seu óbito e que 45% procurou esse tipo de serviço no mês de sua morte. O que indica como os profissionais da atenção primária podem desempenhar um papel fundamental na identificação de pessoas em intenso sofrimento psíquico, assim como ofertar um espaço de escuta (LUOMA; MARTIN; PEARSON, 2002).

Outra pesquisa indica que é frequente a busca pelo atendimento na atenção primária nos meses que precedem uma tentativa de suicídio e que as intervenções nesses serviços se mostraram efetivas na redução dos comportamentos suicidas (BRUCE et al., 2004).

Considerando esta capacidade da equipe da ESF em reconhecer o risco de suicídio, é fundamental uma vez identificado o comportamento suicida em qualquer usuário do serviço, haja o acolhimento imediato do caso através de ações que respeitem a singularidade, objetivando a proteção e o benefício do usuário (KOHLRAUSCH, 2012).

Kohlraush (2012) ressalta que apesar das orientações do Ministério da Saúde de que os casos de comportamento suicida recebam assistência pelas equipes da ESF, encontram-se dificuldades no cuidado voltado para esses usuários. Este mesmo autor aponta algumas dificuldades dos profissionais da ESF no manejo com esse público, entre elas: o tabu associado ao suicídio, a insegurança dos profissionais, a ideia enganosa de que saúde mental é tarefa apenas para especialistas, a diversidade das demandas, pouco apoio técnico de equipes matriciais etc.

Trabalhar, na ESF, ações de saúde mental direcionadas ao público com comportamento suicida é bastante relevante quando consideramos, entre outros pontos, que a atenção básica é para muitos a porta de entrada aos serviços de saúde. Apesar das dificuldades já mencionadas das equipes em manejar esses casos, há grande potencial na ESF de detectar precocemente sujeitos em risco de suicídio, assim como realizar intervenções de proteção a vida, respeitando a subjetividade dos que estão em sofrimento psíquico.

4 METODOLOGIA

A pesquisa aqui apresentada tem como interesse analisar os itinerários, terapêuticos ou não, em casos de tentativa de suicídio no município de Sobral – CE. Para tal, busquei inicialmente apresentar as principais concepções sobre suicídio encontradas na literatura do mundo ocidental. Em seguida, procurei conhecer os itinerários de sujeitos que passaram por tentativas de suicídio, verificando se esses imputam alguma função à atenção primária em saúde no seu percurso.

Considerando o objetivo da pesquisa, posso afirmar que se trata de um estudo exploratório, utilizando abordagem qualitativa, na busca da construção dos itinerários em casos de tentativa de suicídio, por entender que esta busca descreve e analisa os caminhos trilhados na procura por enfrentar as aflições, ponderando sobre as práticas individuais e socioculturais.

O caráter exploratório é uma característica da metodologia das pesquisas qualitativas, na qual “um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada” (GODOY, 1995, p.21). A metodologia pode ser compreendida como o “estudo da organização dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo. Etimologicamente, significa “o estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 13).

Adotei a proposta metodológica de estudo de caso como estratégia para a investigação do tema de pesquisa. O estudo de caso é um método de pesquisa em que o cientista opta por utilizar um reduzido número de unidades de análise. A avaliação é realizada dentro de cada caso. Não é a quantidade de unidades de análise que sustenta sua potência explicativa, e sim a profundidade do estudo do caso e a congruência da estrutura das relações entre seus componentes (DENLS; CHAMPAGNE, 1997 *apud* CASTRO, 1999)

É com o reduzido número de unidade de análise que o estudo de caso parte na construção do conhecimento, buscando ir além da descrição de um tratamento estatístico. É um trabalho que visa captar sentidos explícitos e implícitos, além de contradições próprias do fenômeno observado (LUDKE, 1986).

Os estudos de caso podem ser classificados como estudos de “caso único” ou

de “casos múltiplos”, conforme o número de unidades trabalhadas (CASTRO, 1999). Na presente pesquisa, optei em trabalhar com três casos em que foi registrado tentativas de suicídio.

O campo de pesquisa do presente estudo será o Sistema de Saúde do município de Sobral – Ceará. Segundo o Sistema de Informações do DATASUS do Ministério da Saúde, o município conta com três hospitais gerais, dois hospitais especializados, 39 Centros de Saúde da Família e tem a população de 2016 estimada em 203.682 habitantes (BRASIL, 2017).

O procedimento de escolha dos casos inicialmente foi realizado com o levantamento de todas as ocorrências de tentativas de suicídio registradas pela ficha de notificação de suicídio e de tentativa de suicídio de sujeitos residentes no município de Sobral no intervalo de dois anos, de janeiro de 2016 a janeiro de 2018, após anuência do Comitê de Ética onde me comprometi em manter a confidencialidade sobre os dados coletados. Essas informações foram acessadas no arquivo das referidas fichas no CAPS II de Sobral – CE.

A ficha de notificação de tentativa de suicídio de Sobral foi instituída como procedimento dos serviços de saúde de Sobral por uma portaria municipal em 2007. Essa ficha contém campos onde são registrados os dados do usuário, a situação da ocorrência e fatores de risco de suicídio reconhecidos na literatura (SOBRAL, 2007).

Após o levantamento inicial, foram escolhidos três casos de sujeitos maiores de dezoito anos, que residam em Sobral na ocasião da tentativa de suicídio e que permaneçam no município no momento do contato. Como critérios de escolha dos casos foram considerados os fatores de risco de suicídio identificados nas fichas de notificação, em especial a recorrência de tentativa de suicídio. A OMS aponta que entre os principais fatores de risco individuais, estão: o histórico anterior de tentativas de suicídio, o diagnóstico de algum transtorno mental e o uso problemático de drogas, etc. (WHO, 2014). Não foram incluídos na pesquisa portadores de deficiência intelectual ou qualquer outra condição que impeça o seu livre discernimento da natureza da pesquisa ou dos impactos envolvidos em sua participação.

Para reconstrução dos percursos dos sujeitos nos casos escolhidos, foi aplicada a entrevista narrativa. As entrevistas narrativas podem ser definidas como ferramentas não estruturadas que têm como objetivo investigar em profundidade

aspectos que emergem a partir das histórias de vida de um entrevistado ou de outras histórias contextualmente entrecruzadas na situação. Nessa modalidade de entrevista o entrevistado é encorajado a relatar sobre um momento de sua vida, abordando sua história e seu contexto social (JOVCHELOVICH; BAUER, 2002).

Utilizei na aplicação da entrevista narrativa o modelo proposto por Schütze (1977; 1983; 1992 *apud* BAUER, 2017). Esta sistematização aponta fases para execução da entrevista. São elas: preparação, iniciação, narração central, e fala conclusiva. Em seguida descreverei brevemente as recomendações para cada momento.

Na preparação, o pesquisador deve inicialmente criar familiaridade com o estudo. Em seguida é necessário elaborar uma lista de perguntas exmanentes (APÊNDICE A). Estas refletem os objetivos do pesquisador, sua linguagem e suas elaborações. As perguntas imanentes, apresentadas posteriormente, são elaboradas com o uso exclusivo da própria linguagem do entrevistado. Ainda nesta fase de preparação deve ser elaborado um tópico inicial para narração. O tópico inicial precisa fazer parte da experiência do entrevistado e deve deslanchar o processo de narrativa. Na presente pesquisa foi elaborado um tópico inicial para cada entrevista considerando o método utilizado na tentativa de suicídio. Tal tópico ser apresentado na descrição de cada entrevista.

Na fase de iniciação o contexto da investigação deve ser explicitado em termos amplos ao entrevistado e apresentado o tópico inicial. Além disso, deve ser pedido a permissão para gravar a entrevista, o que será fundamental para possibilitar uma análise posterior (BAUER, 2017).

Na fase de narração central é preciso estar ciente de que o pesquisador não deve fazer interrupções, apresentando apenas sinais não verbais de escuta no intuito de encorajar a continuidade da narração. Quando a narração for concluída, o entrevistador deve se certificar de que a narrativa livre chegou ao fim (BAUER, 2017).

Na fase de questionamento o entrevistador deve usar a as expressões utilizadas pelo entrevistado na sua narrativa inicial para traduzir as questões exmanentes em questões imanentes. Assim, a tarefa fundamental é criar questões imanentes partindo da fala do entrevistado. Deve ser evitado também apontar qualquer contradição na narrativa para não criar um clima investigativo (BAUER,

2017).

Na fase conclusiva o gravador deve ser desligado e as discussões devem ocorrer na forma de comentários informais. É importante realizar registro escrito em um diário de campo logo após esse momento informal para sintetizar os conteúdos dessa fase conclusiva (BAUER, 2017).

Diante da situação de vulnerabilidade apresentada pelos participantes do estudo e dos riscos mínimos que envolvem a pesquisa, como desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes a realização da entrevista, procurei garantir o respeito à dignidade e autonomia, e apliquei esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados. Segui a orientação proposta pela comissão científica da Saúde de Sobral de que o contato com entrevistados ocorresse através dos serviços da Rede de Atenção Integrada a Saúde Mental do município de Sobral, a fim de possibilitar maior segurança e co-responsabilização dos atores envolvidos.

Narrar sobre o momento sobre uma tentativa de suicídio pode despertar reminiscências dolorosas. Além disso, o planejamento do ato pôr fim a própria vida pode permanecer na ocasião da entrevista, isso foi observado, assim como foi acionado, quando necessário, o apoio de familiares e da rede de saúde.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para os entrevistados e aos participantes do estudo. O áudio das entrevistas foi gravado com auxílio de um gravador portátil e posteriormente transcrito. Como entrevistador, contei com um diário de campo para registro de eventos relevantes e elementos não-verbais.

Objetivando preservar o anonimato, os entrevistados são chamados por nomes fictícios. As narrativas das entrevistas foram analisadas de acordo com o objetivo central do trabalho, utilizando o referencial teórico da antropologia da saúde, em especial na abordagem da “experiência da enfermidade” de Eliot Freidson e do “pluralismo dos sistemas de cuidado” de Arthur Kleinman. Serão utilizadas também os demais autores explorados na revisão bibliográfica desta pesquisa. Tal revisão abordou diversas concepções de suicídio ao longo da história da civilização ocidental e a discussão produzida na pesquisa considerou essas concepções, refletindo sobre as possíveis influências nos itinerários percorridos.

Observa-se que as indicações de aplicabilidade, os objetivos e as vantagens da técnica referida revelam a pertinência de tal método para a pesquisa aqui proposta, ponderando a congruência de propósitos entre ambos, levando a escolha da metodologia aqui descrita.

Ressalta-se que a pesquisa seguirá aos parâmetros apresentados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, respeitando a autonomia e garantindo a não maleficência, a beneficência e a justiça (BRASIL, 2012). O estudo aqui proposto também respeitará as indicações da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS

5.1.1 *Entrevista com Ícaro - Caso 1*

Homem, 24 anos, solteiro, três filhos, desempregado, sem renda, com ensino médio completo e residindo com a mãe e a avó. Ele foi escolhido para entrevista por ser identificado na ficha de notificação de tentativa de suicídio alguns fatores de risco, entre eles o histórico de tentativas anteriores e uso abusivo de álcool.

O contato inicial foi realizado por enfermeira do CAPS II, conforme orientação do comitê de ética da prefeitura que indicou a necessidade da mediação do contato pela Rede de Saúde Mental. Segundo relato da enfermeira mediadora, ele recusou sua ida ao CAPS, mas disse que aceitaria participar da pesquisa se fosse recebido em outro espaço. Foi oferecido que a entrevista fosse realizada em meu consultório em uma clínica particular. Tal proposta foi aceita sem resistência.

O entrevistado chegou à clínica acompanhado da genitora. Explico para ela que será necessário conversar inicialmente com ele sozinho, mas coloco a possibilidade de recebê-la, na presença dele, assim que finalizarmos esse momento inicial. Ao iniciarmos a entrevista foi explicado ao informante o contexto da investigação. Foi também lido com ele o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada sua permissão para gravar a entrevista. Ele concordou e assinou o termo. Em seguida, apresentei o tópico inicial proposto: "Eu cheguei até você pelo registro de sua internação por enforcamento. Eu gostaria que você me contasse sobre o que aconteceu". Neste momento evitei nomear o ato de tentar pôr fim à própria vida, limitando minha fala ao método apresentado na notificação. A ideia era aguardar que ele apresentasse a própria nomeação a este ato.

Quando questionado quanto ao que aconteceu, o informante não aprofundou sua fala sobre seus itinerários e nem sobre o ocorrido. Ele relatou de maneira breve que passava por um momento difícil em sua vida, relacionando tal dificuldade ao desemprego e a conflitos com a companheira. Relata que começou a sair em busca

de "bebida", "curtição", "outras mulheres" e atribui a separação a essas buscas.

Eu tava passando por um momento difícil. Tava desempregado. Só minha esposa estava sustentando a casa. E eu não conseguia nada. Aí comecei a sair, o que ocasionou também a separação. Aí também tem ela... tipo... a gente fez um acordo de eu ficar com os meninos quando não estiver viajando e aí ela não cumpriu com esse acordo e me dá raiva. E também teve o que ela está fazendo me chantageando com os meninos. Que ela quer porque quer levar os meninos para casa... como tá...

Em sua narração livre inicial, ele não relatou como ocorreu a sua tentativa de tirar a própria vida. Contudo, quando questionei como aconteceu, afirmou que foi "de uma hora para outra" após uma discussão com a companheira. Afirma não lembrar de mais nada após a discussão. Relata apenas que a ela lhe contou que ele foi para o quarto, colocou a corda e se ajoelhou. Refere também que ela pediu a "ajuda" dos vizinhos. Vale ressaltar que esse foi o primeiro momento em que ele falou sobre ajuda. Destacando que foi uma ajuda buscada não por ele, mas pela companheira ao chamar os vizinhos.

Foi de uma hora para outra. Eu tinha acabado de jogar bola e cheguei... aí discuti com ela e dei um abraço nela. Aí eu não lembro mais nada. Aí ela falou que eu fui no quarto botei a corda e me ajoelhei. Aí ela chamou os vizinhos para ajudar que me tiraram.

Ele contou sobre outra tentativa de pôr fim a sua vida. Nesse outro momento atribuiu este ato a briga que teve com sua avó. Disse: "eu me zanguei. Fui para o quarto e tentei suicídio". Destaco que esse foi o primeiro momento em que ele nomeou o ato de tirar a própria vida como suicídio.

Ele relacionou os dois episódios de tentativa de suicídio como uma maneira de se livrar do sofrimento. Disse: "Acho que é para fugir. Se livrar do sofrimento (...) sofrimento por conta disso que está acontecendo". Destacando como expressões do sofrimento: a separação, o distanciamento dos filhos com a saída da companheira, a briga com a avó e o sentimento de culpa por se sentir responsável pela separação. Ao mesmo tempo que relaciona o que fez ao sofrimento questionava-se ao porquê de seu ato, dizendo: "Eu tô procurando entender o porquê, né? (...) são perguntas sem resposta".

Quando questionei se ele procurou por alguém antes de tentar suicídio,

inicialmente ele responde que não. Contudo, em seguida relatou que chegou a falar sobre o que estava pensando em fazer para um amigo. Conta que esse amigo lhe deu um “conselho” para “tirar isso da cabeça” e “procurar uma igreja”. Diz que procurou esse amigo horas antes de tentar suicídio. Fala que achou “bacana” o conselho do amigo, mas que “entrou por um ouvido e saiu por outro”.

Negou busca por outras ajudas. Inclusive quando especifiquei busca por ajuda de familiares, de profissionais ou ajuda religiosa. Quanto a Profissionais de Saúde ele destacou: “Eu não gosto muito de ir para médico não. Dificilmente eu ia. É raro”. Perguntei especificamente sobre a busca por seu CSF. Ele conta que foi a seu posto de saúde pela última vez há aproximadamente um ano e meio. Fala que buscou o médico lá por conta de fortes dores nas costas.

Em busca de conhecer suas concepções sobre suicídio, questionei como ele vê as outras pessoas que fizeram algo parecido. Ele ressalta que acredita se tratar de uma busca para acabar com o sofrimento.

Acho que é por causa do sofrimento. Para aliviar o sofrimento. Querer acabar com a dor (...) Eu tenho uma prima que tentou também suicídio duas vezes. Eu acho que foi por conta dela gostar de mulher e ter vergonha de falar para família.

Fala que às vezes tem vergonha de sair de casa por ter “atentado contra a própria vida”. Diz acreditar que os outros podem lhe condenar por isso, mas afirma que não soube de uma condenação direta para ele.

Questionei também se ele acredita que pode haver alguma questão de saúde relacionada com o seu sofrimento. Em sua resposta, ele diz: “sei lá... Acho que são coisas da vida mesmo”.

Após a entrevista a genitora pediu para falar. Ela entrou na sala e falou na presença dele sobre suas preocupações. Ela disse que não entende o que aconteceu e que ele não aceitou a ajuda que foi oferecida. Questionei que ajuda foi essa e ela contou que já recebeu a visita de um profissional do Posto de saúde e ele disse: “Eu não estou nem doente para ir ao médico”.

Durante toda entrevista e também nesse momento posterior, com a presença da genitora, o entrevistado mostrou-se pouco comunicativo. Foi curta sua narrativa livre após a apresentação do tópico inicial proposto e ele demonstrava apenas se deter

a responder às perguntas realizadas.

Ele afirmou que ainda tem vontade de morrer, mas disse que não tinha plano de pôr fim a sua vida. Considerando o sofrimento e o risco em questão, apresentei a possibilidade de ele passar por acolhimento no CAPS. Ele aceitou a proposta. Realizei encaminhamento por escrito e combinamos que ele iria com sua genitora ao CAPS em horário pré-agendado com enfermeira que mediou contato.

Quadro 1 - Síntese cronológica dos Itinerários de Ícaro

- “Tava desempregado (...) e não consegui nada”.
- “Só minha esposa estava sustentando a casa”.
- “Aí comecei a sair, (...) curtidão, bebida, outras mulheres”.
- “O que ocasionou também a separação”.
- “... cheguei a falar isso para um amigo meu”.
- “Ele me deu um conselho para tirar isso da cabeça, para eu ir para a igreja”.
- “Eu achei bacana (conselhos do amigo), mas entrou por um ouvido e saiu por outro”.
- “Tava planejando se eu chegar do jogo e conversar e não resolvesse nada eu (...) ia para o quarto se matar”.
- “Aí ela falou que eu fui no quarto botei acorda e me ajoelhei”.
- “Aí ela chamou os vizinhos para ajudar que me tiraram”.
- “Eu fui para Santa Casa”.
- Genitora relata busca de profissional do Posto de Saúde.
- “Eu não estou nem doente para ir ao médico”.

Fonte: elaborado pelo autor.

5.1.2 Entrevista com Senhor Martin - Caso 2

Homem, 61 anos, casado, dois filhos, aposentado e cuidador de idoso, com ensino fundamental incompleto e residindo com a esposa e os dois filhos. Ele foi escolhido para entrevista por terem sido identificados na ficha de notificação de tentativa de suicídio alguns fatores de risco, entre eles o histórico de tentativas anteriores e o uso abusivo de álcool.

O contato inicial foi realizado por enfermeira do CAPS II de Sobral, conforme

orientação do comitê de ética da prefeitura que indicou a necessidade da mediação do contato pela Rede de Saúde Mental. Segundo relato da enfermeira mediadora, ele aceitou prontamente a participação na pesquisa. Seguindo os passos da primeira entrevista, a mediadora sugeriu que a entrevista fosse realizada em meu consultório em uma clínica particular. Tal proposta foi aceita sem resistência.

O entrevistado chegou à clínica sozinho. Foi explicado ao entrevistado o contexto da investigação, lido com ele o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada sua permissão para gravar a entrevista. Ele concordou e assinou o termo. Em seguida, apresentei o tópico inicial proposto: "Eu cheguei até você pelo registro de sua internação por envenenamento. Eu gostaria que você me contasse sobre o que aconteceu". Assim como na primeira entrevista, evitei nomear o ato de tentar pôr fim à própria vida na apresentação do tópico inicial, limitando minha fala ao método apresentado na notificação.

Após apresentar o tópico inicial, ele fala bastante em sua narrativa livre. Depois que encerrou espontaneamente sua fala. Apresentei perguntas, usando as palavras por ele utilizadas, buscando me aproximar das perguntas objetivadas na pesquisa.

Em sua narrativa livre inicial, ele afirma que até hoje, coincidentemente ou não, o seu pensamento é que sua vida não tem mais sentido e chora enquanto fala isso. Repete diversas vezes que se questiona o porquê de sua tentativa de suicídio e fala que não entende. Contudo, em seguida disse: ". Porque eu achando que acabando com minha vida eu ia acabar com o sofrimento". Afirma não entender também porque não vê mais sentido na vida.

Não traz uma narrativa linear sobre o que aconteceu, mas ao longo de sua fala relata que tentou suicídio por duas vezes. Sendo a primeira tentativa há aproximadamente 15 anos e a mais recente no ano passado. Conta que tomou grande quantidade de comprimidos nessa primeira tentativa e foi levado "apagado" para a Santa Casa de Sobral. Diz que voltou a trabalhar após se recuperar e afirma que foi bom voltar ao trabalho.

Fala por diversas vezes do período em que trabalhava numa empresa, afirmando que lhe fazia muito bem a ocupação. Disse também que a falta de sentido da vida aumentou após sua aposentadoria que ocorreu há aproximadamente três ou quatro anos. Atribui isso a ociosidade.

Conta que se sentia ajudado no trabalho pela ocupação e pelos amigos. Inclui em seu relato que o RH da empresa procurou psicólogo particular para acompanhá-lo quando passava, segundo ele, por uma grande depressão há aproximadamente 20 anos atrás.

Conta que nesse período tinha um plano de saúde privado pago pela empresa, que cobria os custos do atendimento psicológico e de outras consultas de saúde. Fala que foi duas vezes a esse psicólogo, mas não deu continuidade ao tratamento. Diz não saber porque interrompeu o acompanhamento psicológico com esse profissional. Relata que foi também, nesse período, a um médico clínico geral que lhe prescreveu amitriptilina e diazepam. Medicamentos que, segundo ele, toma até hoje apenas quando quer dormir para se “isolar do mundo”.

Não fala em sua narrativa inicial sobre acompanhamento médico, apesar de afirmar que toma medicamentos de uso controlado. Quando questiono, ele diz que vai pegar as receitas das medicações no posto de saúde e no clínico geral que lhe acompanhava.

Fala que é alcoólatra e que faz parte do AA. Questiono como ele chegou ao AA. Conta que ele não procurou pelo AA. Relata que recebeu um convite após uma tentativa de suicídio. Sobre o AA, ele diz que se sente ajudado, mas que precisa também da sua “força de vontade”. Ressalta: “um empurrãozinho é muito importante”.

Quanto a tentativa de suicídio mais recente, ele fala novamente que sua vida não tem “mais sentido”. Conta que tomou veneno para rato e foi para Santa Casa. Diz não lembrar como foi parar lá. “Quando acordei eu estava lá. No setor que acho que era a UTI”. Fala que é muito grato pela ajuda que recebeu, enquanto estava internado, dos enfermeiros, dos médicos e do psicólogo, “Eu agradeço muito aqueles médicos... a parte de enfermagem. Me ajudaram muito...”.

Fala que recebe apoio dos dois filhos, mas afirma que por vezes lhe cobram por conta de uma relação extraconjugal que ele teve. Diz: “Assim, meus filhos, eu tenho um casal de filhos que me entendem muito bem. Eles são maravilhosos e se preocupam comigo, mas tem momentos que eles me cobram também (...) da traição que eu fiz”. Fala inicialmente que vive bem com sua esposa, mas afirma que eles vivem como “dois irmãos”. Depois fala que é complicado viver em casa com a esposa por conta da traição. Diz que entende plenamente a esposa porque não é todo mundo

que perdoa uma traição e afirma que está tentando “desfazer” o que fez na relação extraconjugal.

Afirma que a cobrança de casa lhe traz sofrimento e que queria viver mais “liberto” dentro de casa. Diz que se sente melhor quando vai para casa de parentes em distrito próximo ao município. Fala: “Sempre quando eu estou... no final de semana ... eu sempre vou... passo três ou quatro dias”.

Conta sobre sua participação, há aproximadamente um ano” em grupo religioso chamado de “terço dos homens”. Diz: “A gente se reúne, vários homens e tira o terço ali próximo a Santa Casa também. Cada um tira um mistério”. Afirma que se sente ajudado lá. Pergunto como foi a busca por essa ajuda e ele esclarece que não procurou, mas foi encontrado. Fala: “Foi exatamente como o senhor. O senhor me encontrou. Para o terço alguém foi lá em casa e me convidou para eu assistir o terço. Que tinha um terço dos homens do bairro. Foi um convite. E nesse convite eu continuo até hoje”.

Questiono sobre buscas por cuidado de saúde. Ele diz que espera que o seu filho tente agendar um dia para o psicólogo da Santa Casa lhe receber novamente. Fala que gostaria muito de ser atendido no CAPS, mas que há uma barreira para chegar até lá. Diz:

No CAPS eu tinha muita vontade até porque agente de saúde, disse que agente de saúde, mas nunca procurou minha casa. Eu tinha vontade de conversar com ela para ver se ela conseguia. E o CAPS... eu acho assim... bom... pensamento meu... assim... tem alguém que pensa que ali só tem doido, só que não é. Seria muito bom... assim... Eu seria encaminhado por alguém; porque se eu chegar lá eu não sei nem me explicar como devo chegar. Tenho essa barreira.

Pergunto também se ele costuma ir ao seu Posto de Saúde. Afirma que costuma ir para buscar sua medicação, mas quando questiono se vai em outros momentos, ele diz: “Não. Para dizer que eu não fui no posto, eu fui no sábado para tomar a vacina dos velhos”. Queixa-se de dificuldade para ter uma consulta com profissional no Posto de Saúde, mas relata sobre momento com a médica, embora queixando-se de pouco interesse dela. Falou:

É assim, se torna mais difícil uma consulta médica, principalmente pelo SUS hoje. É muito difícil. Até porque no posto a moça que diz que é agente de

saúde, que nunca vi na minha casa, eu tinha vontade de conversar, falei para médica lá... ela simplesmente passou a receita para pegar no balcão. E não se interessou.

Apesar de repetir muitas vezes que não entende a razão de seu pensamento de morte e de seu ato, apresenta algumas concepções sobre suicídio. Por vezes fala sobre o que ouve de outras pessoas e em outros momentos fala de seus pensamentos sobre a questão. Diz: “quando tem um suicídio... a primeira com que dizem quem não conhece: foi chifre, foi isso, foi aquilo outro”. Afirma ouvir as pessoas lhe criticando por sua tentativa de suicídio, conta: “você já tentou morrer duas vezes e nem o cão te quer, não sei o quê... eu acho que isso é uma crítica”. “Aí alguns dizem (...) quando é que tu vai fazer isso assim de novo, morrer? Se matar? É aquela história, eu acho que isso é uma crítica”. Afirma que essas críticas também são apresentadas aos outros que tentam suicídio. Relata um episódio em que observou isso: “Por exemplo, no caso de uma pessoa que estava tentando pular ali próximo e o cara colocou no WhatsApp eu vi bem que uma pessoa gritou: Quer morrer? Pula. E falou um palavrão com ele”. Fala também acreditar que os outros criticam por pensar que a tentativa de suicídio é uma forma de chamar a atenção. “O pensamento meu é que eles acham que a gente faz aquilo ali para querer aparecer. Eu acho que eles pensam nisso. Eu acho que eles não pensam que eles são humanos e o ser humano é sujeito a qualquer coisa”.

Além dele considerar que há uma condenação dos outros, afirma que se culpa por tentar suicídio. “Às vezes me culpo. Assim.... me culpo assim... quando eu vejo. No caso, tô vendo agora, quando eu vejo que tem muita gente tentando me ajudar e eu praticar aquilo (...) Eu mesmo me culpo”. Quando pergunto como é essa culpa, ele responde: “É... até porque a vida... Quem ficou para tirar a vida do ser humano é só Deus. E a pessoa que tira com as próprias mãos... não sei... me culpo”. Questiono também se ele culpa as outras pessoas que tentam suicídio. Ele ressalta que as pessoas falam sobre o assunto, mas nega que ele mesmo condene os outros:

Não condeno até porque... muita gente diz por isso, aquilo outro. Não sabe porquê. Eu fico calado porque também não sei qual foi o pensamento daquela pessoa que praticou aquilo ali. Eu sei do meu. Tem gente que diz que foi chifre, foi não sei o quê, gente que não tem Deus. Eu fico calado. Quando tem pessoas que me contam... eu não gosto nem de ouvir.

Em um momento da entrevista, traz uma questão sobre a consciência e sobre

o querer quanto ao ato de tentar suicídio. Quanto à consciência do ato ele diz: “... então você fez consciente do que tava tentando... é... a gente faz consciente. Assim, mas é uma coisa que a consciência que não é certa... não é correta”.

Quanto ao “querer”, ao comentar sobre as críticas que recebeu, ele afirma que o ato de tentar suicídio não é feito por querer. Disse: “É aquela história, eu acho que isso é uma crítica. E aquilo ali chateia a gente até porque a gente não faz porque quer...”. Afirma muitas vezes que não entende a razão do seu sentir e pensar e que gostaria de tirar esse pensamento. Fala: “... eu quero tirar isso da minha mente”.

Ele não faz diretamente qualquer associação entre a tentativa de suicídio e algum transtorno mental, mas como ele contou em seu relato que já teve uma “forte depressão”, resolvo perguntar se relaciona sua tentativa de suicídio a depressão. Ele responde: “Eu acho que seja... sei lá... porque a depressão... procura muito isolar a gente de tudo e de todos”.

A entrevista teve duração aproximada de uma hora. Ele se mostrou bastante comunicativo e aberto em participar. O entrevistado afirmou que ainda tem vontade de morrer, mas disse que não tinha plano de tentar suicídio. Considerando o sofrimento e o risco em questão, apresentei a possibilidade de ele passar por acolhimento no CAPS. Ele aceitou a proposta. Realizei encaminhamento por escrito para acolhimento no CAPS em horário pré-agendado com enfermeira mediadora do contato.

Quadro 2 - Síntese cronológica dos Itinerários de Senhor Martin

- “ Passei por uma depressão grande há uns 20 anos atrás”.
- “Eu achava que minha vida ... eu continuo achando que minha vida não tem mais sentido”.
- “Há uns quinze ou vinte anos atrás. Eu tentei (suicídio) uma vez e me trouxeram para Santa Casa”.
- “Com o AA também foi um convite após a tentativa. (...) Eu bebia muito e eu tentei e após a tentativa alguém me convidou para eu ir assistir uma reunião”.
- “Voltei a trabalhar”.
- “Procurava colocar minha mente só naquele trabalho (...)”
- “Eu trabalhava, mas sempre pensava em Suicídio”.
- “... estou sempre tomando Diazepam e o amitriptilín(Prescrito por clínico geral), (...) E faz tempo, 10 ou 12 anos”.

- “Inclusive quem procurou (agendamento com psicólogo) foi a moça do RH da empresa que eu trabalhava”.
- “... hoje eu faço parte do terço dos homens. Faz aproximadamente um ano e pouco. Para mim é muito bom.... alguém foi lá em casa e me convidou para eu assistir o terço. Foi um convite. E nesse convite eu continue até hoje”.
- “... eu tomei... foi aquele pra rato. Bichinho preto que tem pra rato ... Há um ano atrás... Eu acho que faz um ano eu tentei mesmo para decidir”.
- “Quando acordei eu estava lá. No setor que acho que era a UTI”... me ajudaram muito
- “No CAPS eu tinha muita vontade... seria muito bom... sssim... Eu seria encaminhado por alguém, porque se eu chegar lá... eu não sei nem me explicar como devo chegar. Tenho essa barreira”.
- “Para dizer que eu não fui no posto, eu fui no sábado para tomar a vacina dos velhos... Até para pegar o amitriptilín.... se torna mais difícil uma consulta médica, principalmente pelo SUS hoje (...) falei para médica lá ... ela simplesmente passou a receita para pegar no balcão. E não se interessou (...) eu pedi ao meu filho. Vê se você marca com o doutor psicólogo, mas ele nunca marcou”.
- “ ... eu continuo achando que minha vida não tem mais sentido”.

Fonte: elaborado pelo autor.

5.1.3 Entrevista com Isadora - Caso 3

Mulher, 24 anos, solteira, sem renda, com ensino fundamental incompleto e residindo com um irmão e um primo. Ela foi escolhida para entrevista por terem sido identificados na ficha de notificação de tentativa de suicídio alguns fatores de risco, entre eles o histórico de tentativas de suicídio anteriores e o diagnóstico de transtorno mental.

Quando informei a enfermeira mediadora sobre a escolha do caso, a mesma afirmou conhecê-la, pois ela fazia acompanhamento regular no CAPS. Segundo o relato da enfermeira, a entrevistada passava por um luto recente, pois sua avó, que residia a com ela, havia falecido há uma semana. Apesar disso, a proposta de participar da entrevista foi aceita sem resistência. Agendamos a entrevista no CAPS em horário em que a paciente costuma ir a este dispositivo de saúde.

Expliquei a entrevistada o contexto da pesquisa e li com ela o termo de consentimento livre e esclarecido, solicitando sua participação e permissão para

gravar a entrevista. Ela concordou, assinou o termo e em seguida apresentei o tópico inicial proposto: "eu cheguei até você pela ficha de notificação de sua internação no Hospital Regional por tomar uma grande quantidade de remédios. Eu gostaria que você me contasse o que aconteceu". Mais uma vez evitei nomear o ato de tentar pôr fim à própria vida.

Ela não aprofundou em sua narrativa livre inicial sobre o ocorrido. Limitando-se a relatar de maneira breve que ficou muito agitada após uma discussão com a mãe, que tomou os remédios pensando que ia morrer e logo em seguida foi para o hospital.

Em seguida lhe pergunto se ela quer me contar mais sobre o que aconteceu. Ela disse que não sabe como chegou a isso e que apenas pegou os remédios e tomou. Afirmou que não tinha pensado isso antes da discussão com sua mãe e que após esse desentendimento colocou na cabeça que ninguém gostava dela.

Contou que antes já tinha suas "crises". Explica que durante tais crises sente um tremor nas pernas e que se não sentar, logo cai no chão e fica machucada. Conta: "Aparece como uma coisa que treme logo as pernas. Aí se eu não me sentar logo, eu caio no chão e me machuco todinha. Tenho desde 10 anos. Hoje estou com 24".

Fala sobre suas buscas quanto as referidas crises, afirmando que já procurou muitas alternativas. Disse: "Eu já procurei muita coisa, mas nunca dá certo. Procurei um benefício para mim e não dá certo também". Fala que toma os remédios para essas crises há 14 anos, mas afirma que eles não surtem efeito. Conta que durante as crises era levada para seu posto de saúde, mas que agora todo seu tratamento é no CAPS.

Quanto ao seu itinerário após tentar pôr fim à própria vida, descreve que inicialmente foi conduzida ao Hospital Regional do município e que de lá foi transferida para a unidade Psiquiátrica do Hospital Doutor Estevam. Ao receber alta da unidade psiquiátrica, foi então encaminhada para dar continuidade de seu tratamento no CAPS.

Afirma sentir que recebe ajuda no CAPS. Conta que vai todos os dias ao serviço tomar seus remédios, além de participar dos grupos e ter consultas regulares com os profissionais. Fala: "Eu participo dos grupos. Eu merendo às 10 horas. E quando é 10 horas o carro vem me buscar e eu vou para casa (...) toda semana tenho consulta com um ou com outro. Aqui me sinto bem recebida".

Pergunto se ela procurou por outras ajudas. Ela respondeu que pede ajuda para alguém comprar veneno para ela. Diz: "Procuro é muito. Eu peço alguém para comprar veneno para mim tomar. Eu peço é muito e eles só fazem a dizer: tira isso da sua cabeça e isso não é coisa que você bote na sua cabeça não".

Fala que procurou ajuda também com seu pai e conta que ele ofereceu que ela fosse morar com ele, caso ela não quisesse permanecer morando com o irmão e o primo. Questiono por amizades e ela diz que não tem amigos próximos. Fala: "Minhas amizades... elas moram ali. É um oi, assim. Eu não sou de tá falando direto com eles". Indaguei sobre outras buscas ou ajudas encontradas, inclusive religiosa, mas ela diz: "Procurei não (...) apareceu não (...) só do CAPS mesmo que me ajuda".

Pergunto sobre o seu contato com o seu Posto de Saúde e ela expressa alguma insatisfação ao falar: "nem chegar lá em casa eles vão". Contudo, diz que vai ao posto às vezes quando sente algo relacionado às suas crises. Apesar disso, ressalta que seu tratamento agora é no CAPS e diz: " agora eu tenho aqui tudinho".

Vale ressaltar que em nenhum momento da entrevista ela usou uma palavra específica para nomear o ato de pôr fim à própria vida, mas falou apenas: "tomei os remédios pensando que ia morrer" e usou também a expressão "se matar". Embora tenha falado que o pensamento de "querer se matar" iniciou após a discussão com a mãe, diz que continuou com esse pensamento após sua internação, relacionando o mesmo a uma forma de evitar o sofrimento com a morte de sua avó. Principalmente considerando que a avó poderia morrer antes de sua mãe. Disse:

O meu caso é que eu queria sair. Assim... eu achei que podia minha avó morrer e eu ia ficar sofrendo muito, como tô sofrendo. Aí eu imaginei um dia morrer mais primeiro do que ela. Mesmo porque eu morrendo primeiro, eu não ia ficar sofrendo, mas Deus quis levar foi ela primeiro. Eu sempre tive esse medo de perder minha avó do que minha mãe primeiro. Aí eu pensei em se matar logo.

Falou que se arrependeu de ter tomado os remédios, mas não se culpa. Associa esse arrependimento ao fato de permanecer viva. Afirma acreditar que sua mãe se sente culpada por ter brigado com ela, mas nega culpar sua mãe e diz que tomou os remédios porque quis. Fala: "Eu me arrependi, mas eu não me culpo. Eu acho que ela se culpa por ela ter feito... por ter brigado comigo... acho que ela se culpa... que ela se acha culpada. Mas eu acho que não é culpa dela não. Eu fiz isso

porque eu quis mesmo".

Considerando a existência de concepções que associam a tentativa de suicídio aos transtornos mentais, pergunto se ela pensa que pode existir alguma relação entre tentativa de suicídio e algum problema de saúde, como por exemplo, as crises que ela apresenta. Ela fala explicitamente que não vê relação alguma. Diz: "não tem nada a ver não".

Diz que recebeu críticas de sua mãe, de seus irmãos e de seus tios por ter tentado se matar. Fala:

Ficam criticando as pessoas. Chamando as pessoas de abestada. (...) com a gente mesmo. Meus irmãos. Meus tios. Nem deixar eu em casa só eles querem deixar com medo de eu fazer alguma besteira. Eles não querem nem deixar eu em casa só. Eu acho que eles têm medo que eu faça as coisas de novo. "

Reafirma que o ato de tomar os remédios foi repentino, que não havia planejamento e nem vontade de morrer antes da referida discussão com sua mãe. Assim, não falou sobre qualquer busca que fez após o pensamento de morte e antes do ato de tomar a alta dose dos remédios.

A entrevista teve duração aproximada de quarenta minutos. Ela se mostrou pouco comunicativa, mas aberta a responder o que foi questionado. Considerando que a entrevistada afirmou diversas vezes que permanece com o pensamento de morte. Principalmente no momento de luto, entendo que foi necessário conversar com uma profissional do CAPS que a acompanhava sobre o risco atual. A profissional afirmou estar ciente do risco, diz ter contato regular com a paciente e acredita que o serviço está tomando os cuidados possíveis.

Quadro 3 - Síntese cronológica dos Itinerários de Isadora

- "As coisas que eu sinto. As crises (...) Tenho desde 10 anos. Hoje estou com 24".
- Fala que toma os remédios para essas crises há 14 anos, mas afirma que eles não surtem efeito.
- "Eu já procurei muita coisa, mas nunca dá certo. Procurei um benefício para mim e não dá certo também".
- "Ela (mãe) não acredita em nada que eu digo. Ela disse que é tudo... que eu se faço".

- “Eu peço alguém para comprar veneno para mim tomar. Eu peço é muito e eles só fazem a dizer: tira isso da sua cabeça”

- “... tive uma discussão com a minha mãe, aí eu peguei e fiquei muito agitada. Aí eu tomei os remédios pensando que ia morrer”.

- “Eu fui internada primeiro no hospital regional. Hospital Regional eu fui para o doutor Estevam e do doutor Estevam eu vim para cá (CAPS)”.

- “Eu participo dos grupos. Eu merendo às 10 horas. E quando é 10 horas o carro vem me buscar e eu vou para casa (...) toda semana tenho consulta com um ou com outro. (No CAPS)”.

- “Procurei minha família. Eu tenho meu pai. Eu procurei eles para me ajudar. Eles disseram que eu podia ir ficar mais eles se eu não quisesse ficar em casa com meu irmão e meu primo.

"nem chegar lá em casa eles vão" (Equipe do Posto de Saúde)

“Procurei não (...) apareceu não (...) só do CAPS mesmo que me ajuda. (ao responder sobre outras procuras ou ajudas).

Fonte: elaborado pelo autor.

6 DISCUSSÃO

6.1. Os itinerários

Vale destacar que a presente pesquisa não parte do pressuposto que os percursos dos entrevistados foram compreendidos como terapêuticos pelos mesmos. Até porque não pressupus a concepção de que o ato de tirar a própria vida, para os sujeitos da pesquisa, seria algo passível de terapêutica. Dessa maneira, o passo inicial foi escutar os entrevistados falarem sobre o referido ato. Esse posicionamento teórico-metodológico adotado possibilitou uma escuta que não restringisse os percursos dos sujeitos a buscas por terapêuticas e usos de serviços.

Pontes *et al.* (2008) indicam que as investigações dos itinerários terapêuticos não devem se restringir à disponibilidade e utilização de serviços. Nesta pesquisa busquei, conforme apontam Mangia e Yasutaki (2008) reconhecer os itinerários como experiências singulares. Reconhecer essa singularidade dos itinerários pode contribuir nas estratégias de ação para elaboração de projetos de cuidado (MANGIA; YASUTAKI, 2008). Destaco que essa elaboração pode partir tanto do próprio sujeito, como dos serviços terapêuticos.

Nos três casos estudados, os sujeitos falaram sobre sua vida e sobre como chegaram ao ato de tentar pôr fim à mesma. Observei que os itinerários foram bem diversos nos três casos. Contudo, mesmo com as diferenças entre os percursos, considero haver uma semelhança nas trajetórias: o ato de tentar pôr fim a própria vida como uma forma de acabar com o sofrimento. Tal sofrimento foi relacionado aos eventos da vida ou, no caso do senhor Martim, à falta de sentido na vida. Aprofundarei esse ponto ao discutir as concepções sobre suicídio no tópico 6.2.

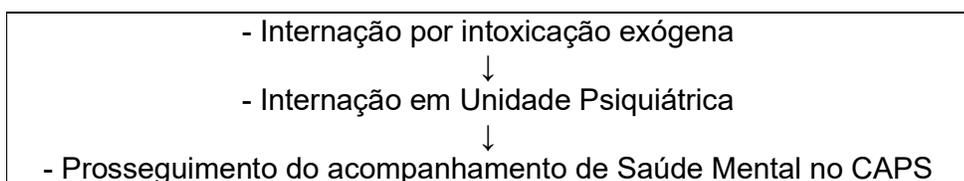
Podemos didaticamente dividir os itinerários entre aqueles que iniciaram a partir da tentativa de suicídio e os que começaram partindo do referido sofrimento. Abordarei esses pontos nos tópicos seguintes.

6.1.1 Os Itinerários após a tentativa de suicídio

As buscas terapêuticas que partiram da tentativa de suicídio demonstraram um lugar coadjuvante nas narrativas dos entrevistados. Principalmente quando consideramos que as buscas realizadas por vezes eram praticadas pela família ou por serviços de saúde. Nos três casos, como partimos de uma notificação hospitalar, necessariamente houve uma assistência em saúde. Contudo, vale destacar que esses sujeitos foram levados para esse espaço de assistência, o que é compreensível, considerando a gravidade do estado clínico encontrada nessas situações. Durante a internação que levou à notificação, o tratamento estava focado nas questões clínicas.

Isadora foi encaminhada para uma unidade psiquiátrica após alta do Hospital Regional. Contudo, Ícaro e Senhor Martin não relataram sobre encaminhamento para continuidade de tratamento em outra unidade hospitalar, ambulatorial, CSF ou CAPS. Após o período em que Isadora passou internada na unidade psiquiátrica, ela foi encaminhada para acompanhamento no CAPS II do município. O caso dela difere dos demais, pois demonstra um fluxo bem definido após a tentativa de suicídio. Destaca-se que Isadora apresentou, como recursos terapêuticos, quase que exclusivamente setor profissional, ou seja, no método de atenção à saúde destacado em sua sociedade e sustentado pela lei (HELMAN, 2009).

Quadro 4 - Itinerário Terapêutico de Isadora após a tentativa de suicídio



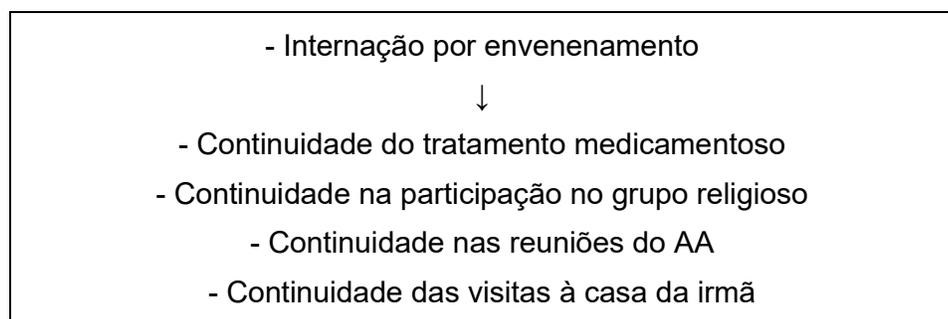
Fonte: elaborado pelo autor.

Como já referido, nos outros dois casos estudados nessa pesquisa não houve um fluxo tão definido de prosseguimento de recursos terapêuticos disparados após a tentativa de suicídio. Contudo, com o Senhor Martin, os recursos do sistema informal apresentaram um destaque em seu relato. Neste caso, após sua alta hospitalar por intoxicação exógena, houve a permanência dos demais recursos do setor informal, como AA, grupo religioso, visitas regulares na casa da irmã em distrito próximo, além da continuidade do tratamento medicamentoso. O que corrobora o que é levantado no

livro *Cultura, Saúde e Doença*, em que Helman (2009) aponta sobre estimativas de que aproximadamente 70% a 90% dos tratamentos de saúde ocorrem no setor informal.

É o campo leigo, não-profissional e não-especializado da sociedade, onde as doenças são, em primeiro lugar, reconhecidas e definidas, para depois serem iniciadas as atividades de tratamento. Inclui todas as alternativas terapêuticas a que as pessoas recorrem pagamento e sem consultar curandeiros tradicionais ou médicos. Dentre essas alternativas, estão: autotratamento ou auto-medicação; conselho ou tratamento recomendado por um parente, amigo, vizinho ou colega de trabalho; atividades de cura ou assistência mútua em igrejas, cultos ou grupos de auto-ajuda; ou consulta a outra pessoa leiga que tenha experiência específica em uma desordem particular. ou em um tratamento de determinado estado físico (Helman, 2009, P. 71).

Quadro 5 - Itinerário Terapêutico de Senhor Martim após a tentativa de suicídio



Fonte: elaborado pelo autor.

Os relatos evidenciaram que os recursos terapêuticos apresentados pelos entrevistados não se resumem à utilização de serviços de saúde, como apontado em literatura. Helman (2009) aponta que além do sistema oficial, que corresponde aos serviços de saúde, existem outros sistemas, considerado como subculturas médicas.

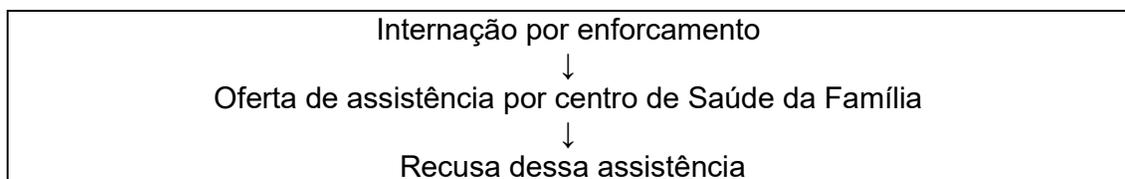
No caso do Ícaro, sua mãe contou que houve a procura de algum profissional do Centro de Saúde da Família ofertando consulta na unidade, mas ele recusou afirmando: “Não tô nem doente pra ir no médico”. Este ponto será aprofundado no tópico 6.2.3 “Concepções do suicídio como questão de saúde”, mas aqui cabe a reflexão sobre como a percepção de estar enfermo, ou não, direciona a possível busca por tratamentos.

Alves e Rabelo (1999) afirmam que o mal-estar ou sofrimento deve ser transformado em sintoma de enfermidade para que então seja alvo de intervenção

terapêutica. Ícaro deixou claro que não aceitou e nem procurou por nenhum apoio no sistema profissional por não considerar que seu pensamento de morte era uma questão de saúde. Ele disse: “acho que são coisas da vida mesmo”. Para Ícaro, ele não estava doente e, conseqüentemente, não buscou qualquer terapêutica. Poderíamos até pensar que havia uma fragilidade no vínculo com as unidades de saúde ou que há uma dificuldade de acesso. Contudo, ele trouxe um relato que contraria essa ideia. Contou que alguns meses antes procurou por atendimento médico no CSF porque estava com fortes dores nas costas.

Podemos inferir que Ícaro foi buscado pelo CSF porque este serviço de saúde considerou, como chama Freidson (2009), que havia um desvio do padrão cultural e histórico de normalidade. Este desvio é considerado por Freidson (2009) uma condição para que seja constatada uma enfermidade.

Quadro 6 - Itinerário Terapêutico de Ícaro após a tentativa de suicídio

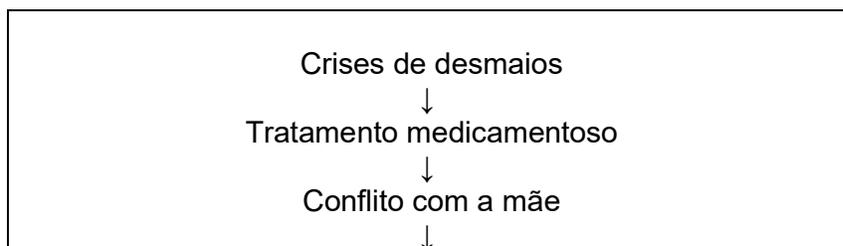


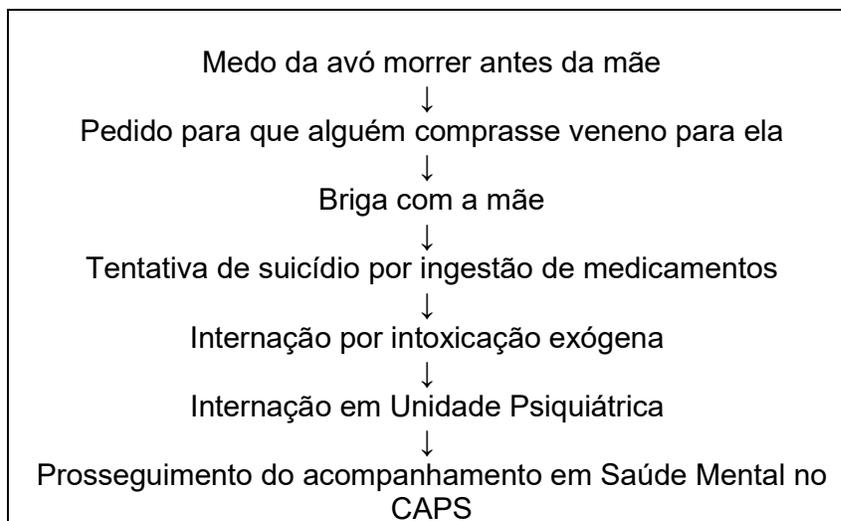
Fonte: elaborado pelo autor.

6.1.2 Itinerários dos sujeitos relacionados ao seu sofrimento

Quanto os itinerários dos sujeitos relacionados ao seu sofrimento, houve relatos bem mais detalhados. Nessa perspectiva, optamos em considerar que o plano de morte pode ser incluído como parte dos seus itinerários. Isadora, por exemplo, falou que procurou ajuda ao pedir que alguém comprasse veneno para ela. Segue abaixo esquema dos Itinerários de Isadora relacionados ao relato de seu sofrimento.

Quadro 7 - Itinerários de Isadora relacionados ao relato de seu sofrimento

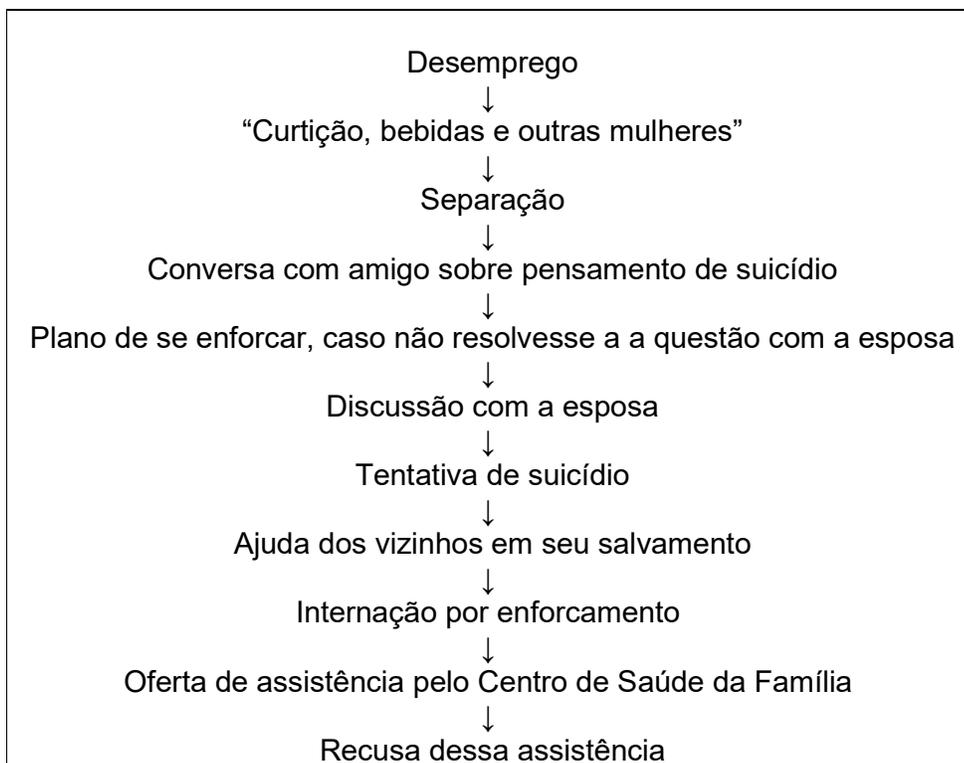




Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto ao Ícaro, ele relatou planejamento de que, se não resolvesse o conflito com a esposa, após uma conversa, iria para o quarto se enforcar. Segue abaixo esquema dos Itinerários do Ícaro relacionados ao relato de seu sofrimento.

Quadro 8 - Itinerários de Ícaro relacionados ao relato de seu sofrimento

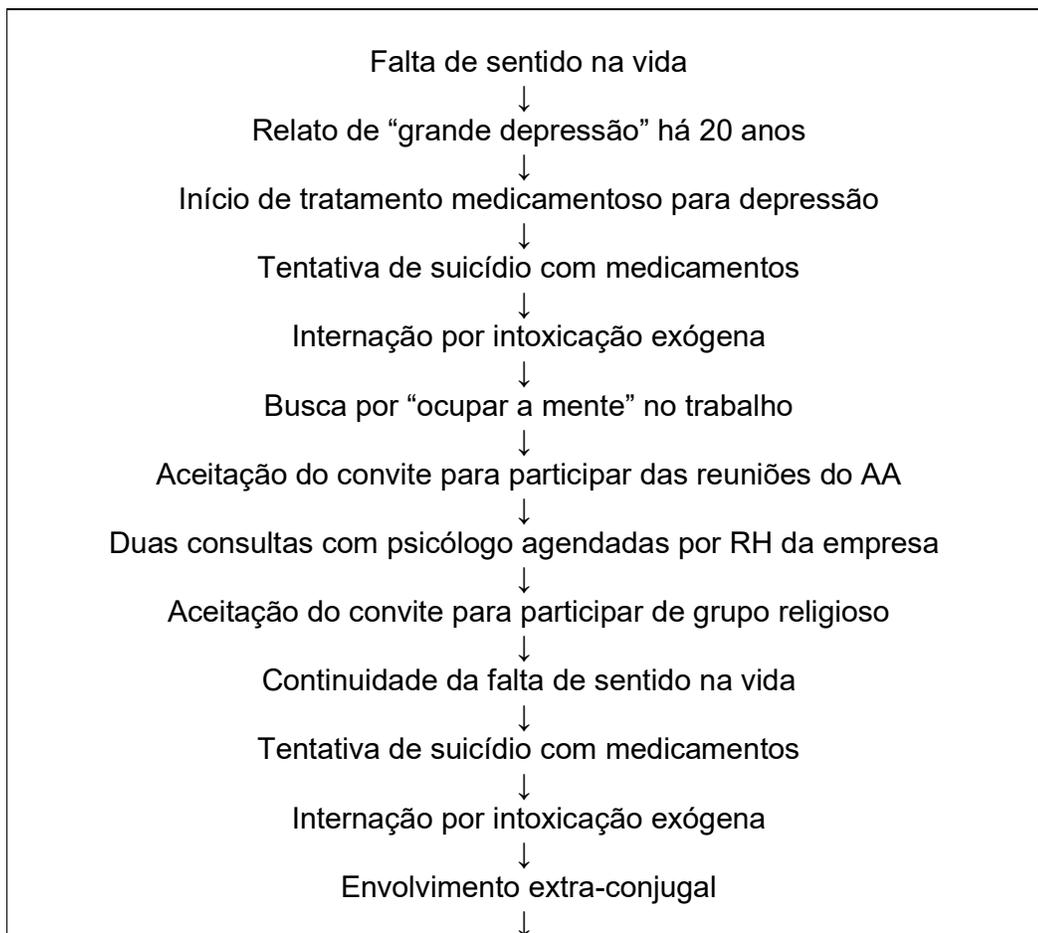


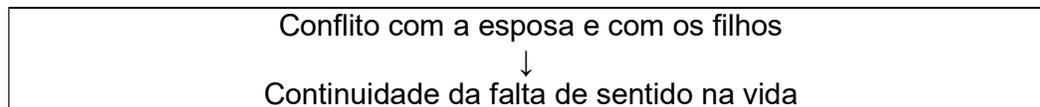
Fonte: elaborado pelo autor.

Ícaro contou que procurou amigo para conversar sobre seu sofrimento. Disse que achou bom receber conselho do amigo para “tirar isso da cabeça”, mas afirmou que: “entrou por um ouvido e saiu pelo outro”. O conselho do amigo é classificado por Helman (2009) dentro do setor informal, pois corresponde às opções terapêuticas leigas.

O caso do Senhor Martin difere bastante dos outros dois pela presença de diversos recursos que o próprio considerava lhe ajudar. Vale ressaltar que muitos desses recursos não correspondiam ao sistema profissional, e até mesmo quando havia uma busca profissional, esta ocorria pela sugestão de amigo e familiares. O que destaca o papel do setor informal na indicação pela busca de tratamentos no setor profissional. Segue abaixo esquema dos Itinerários do Senhor Martin relacionado ao relato de seu sofrimento.

Quadro 9 - Itinerários de Senhor Martin relacionados ao relato de seu sofrimento





Fonte: elaborado pelo autor.

Ficou claro no estudo aqui realizado que os itinerários não se restringiram, nessa perspectiva, à busca por recursos terapêuticos. Assim como, os recursos terapêuticos não se limitavam ao sistema profissional.

Os entrevistados não relataram busca pelo sistema popular. Helman (2009) refere que tal sistema corresponde aos especialistas não oficiais de cura, como por exemplo os curandeiros populares. Helman destaca que estes curandeiros estão em uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional, pois compartilham os valores culturais e visões de mundo e das comunidades na qual estão inseridos.

Destaco também a queixa apresentada por Senhor Martim e por Isadora pela ausência da equipe do CSF em sua residência. O Senhor Martin falou: "... até porque agente de saúde, disse que agente de saúde, mas nunca procurou minha casa". Ao Isadora ser questionada sobre suas buscas no CSF, ela responde: "Nem chegar lá em casa eles vão".

Não é objetivo desta pesquisa avaliar o funcionamento do referido serviço de saúde, mas essas falas contribuíram em revelar a percepção dos entrevistados quanto à expectativa de que a equipe do CSF vá em sua residência. Independentemente do conhecimento de documentos oficiais sobre a proposta da Estratégia de Saúde da Família enquanto política pública, esses entrevistados indicaram trazer uma concepção de que a ESF se propõe em ser um modelo de assistência em saúde que inclui o espaço domiciliar como um campo de atuação. Esta percepção está congruente com o que Nunes et al. apontam como proposta do Programa de Saúde da Família, pois defendem: "... o PSF propõe uma ampliação do locus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos" (NUNES et al., 2002, p. 1).

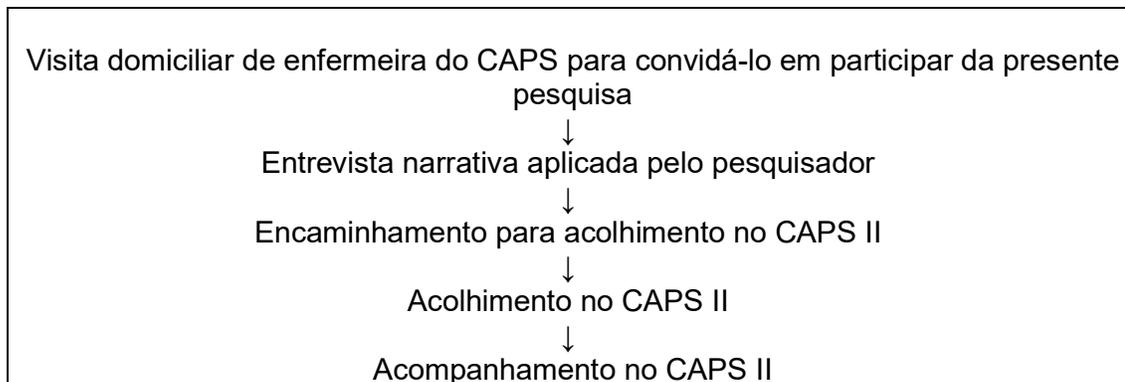
Nos três casos estudados a participação da atenção primária em saúde nos itinerários relatados foi bem reduzida. Contudo, considerando as falas do Senhor Martim e de Isadora, é possível inferir que eles atribuíram à atenção primária em

saúde uma possível função em seus itinerários: a função de procurá-los em sua residência para ofertar recursos terapêuticos. Ação esta que, segundo o relato de dois entrevistados, não ocorreu.

Destaco que não estava entre os objetivos da pesquisa a realização de uma intervenção nos itinerários dos sujeitos. Contudo, observamos que para Ícaro e Senhor Martim, a pesquisa influenciou em seus percursos. A enfermeira mediadora do contato informou que logo após os encaminhamentos para acolhimento no CAPS, os sujeitos buscaram o serviço e estão em acompanhamento interdisciplinar. Essa informação chegou de maneira informal, mas entendo que aponta uma questão relevante, na medida em que há o reconhecimento de que a pesquisa não tem um caráter de neutralidade puramente observadora.

Rabelo (1999) aponta que o percurso terapêutico está diretamente relacionado com as possibilidades de tratamento acessíveis. Assim, o resultado da abordagem da pesquisa, nos casos do Ícaro e do Senhor Martim, indica que houve um favorecimento do acesso aos recursos terapêuticos ofertados no CAPS.

Quadro 10 – A influência da pesquisa nos Itinerários de Senhor Martim e Ícaro



Fonte: elaborado pelo autor.

6.2. As concepções dos entrevistados sobre o suicídio

Como já exposto anteriormente, este trabalho parte da compreensão que o ato de tirar a própria vida é um fenômeno complexo e não há o objetivo aqui de apresentar uma definição ou concepção como suposta verdade absoluta. A proposta desta pesquisa é discutir diferentes visões sobre o tema e principalmente ouvir como os

sujeitos entrevistados apresentam suas experiências a respeito do tema estudado.

As concepções dos entrevistados sobre o tema foram diversas. Optei em agrupar didaticamente em três tópicos: - Concepções dos “porquês” do suicídio; - Concepções Morais do suicídio; - Concepções do suicídio como questão de saúde.

6.2.1 Concepções dos “porquês” do suicídio

No tópico inicial apresentado aos entrevistados com o objetivo de disparar a narrativa, eu apenas solicitei que os mesmos contassem sobre o que aconteceu. Em nenhum momento questionei o porquê de suas tentativas de suicídio, mas todos apresentaram esse questionamento. Não ficou claro se eles falavam desse questionamento do porquê por pressupor que eu esperava ouvir isso ou se era um auto-questionamento que já lhes acompanhava. De qualquer forma, todos demonstraram buscar um sentido para sua experiência. O destaque apresentado por eles a esse autoquestionamento apontou para a importância de destinar um tópico para abordar esse ponto.

Ícaro inicialmente diz que está procurando entender porque tentou suicídio e que é uma pergunta sem resposta. Contudo, depois relaciona o suicídio a uma maneira de acabar com o sofrimento. Ele aplica esse pensamento tanto à própria tentativa, como também para os demais que pensam e chegam ao ato de atentar contra a própria vida.

O senhor Martim reitera várias vezes o autoquestionamento sobre a razão de sua tentativa de suicídio e também afirma inicialmente que não saber explicar, mas em seguida relaciona o referido ato a uma forma de pôr fim ao sofrimento.

Aí eu não sei porquê... por que você fez isso? Por quê? Porque eu achei que chegou ao ponto que minha vida não tem mais sentido. É... acabar com ela. Porque eu achando que acabando com minha vida, eu ia acabar com o sofrimento.

Isadora também atribui sua tentativa de suicídio a um meio para pôr fim ao seu sofrimento. Ela diz: “eu achei que podia minha avó morrer e eu ia ficar sofrendo muito (...). Aí eu imaginei um dia morrer mais primeiro do que ela”.

A busca pela morte voluntária para poupar o sujeito do sofrimento não é recente. Historicamente, duas referências se destacam. Tanto em Roma, como na Grécia antiga essa era uma prática que acontecia, inclusive com o consentimento do estado. Em Roma, no código justiniano os cidadãos que tiravam a própria vida não eram punidos se o fizessem por dor, enfermidade ou desgosto da vida (PALHARES; BAHLS, 2003). Na Grécia antiga havia um posicionamento semelhante, pois havia o direito à morte voluntária quando esta representava um descanso para os sofrimentos de um cidadão.

Senhor Martim fala também sobre o que ouve de outras pessoas sobre as razões que levam alguém a tentar suicídio, entre elas: “a primeira coisa que dizem quem não conhece: foi chifre...”; “Alguém diz que são pessoas que não tem Deus”; “O pensamento meu é que eles acham que a gente faz aquilo ali para querer aparecer”, referindo um posicionamento condenatório das outras pessoas em relação ao suicídio. Abordarei sobre essa perspectiva moral no tópico seguinte.

Cabe ressaltar que as concepções sobre suicídio sofreram alterações conforme o momento histórico. Foi uma prática cultural admissível em algumas culturas antigas, depois considerado como erro imperdoável na Idade Média e na atualidade fortemente associado aos transtornos mentais (ROUQUAYROL, 2013).

Outro ponto importante para destacar é que, pelo menos dois entrevistados, expressaram diretamente a compreensão de que sua tentativa de suicídio foi um ato consciente e por vontade própria. Isadora falou: “Eu fiz isso porque eu quis mesmo”. O Senhor Martim diz: “a gente faz consciente”. Ícaro não descreve esse posicionamento tão diretamente como os demais, mas traz em sua fala uma conotação semelhante.

Relembro que Durkheim (2000) defende que só pode ser considerado suicídio, quando aquele que se mata tem conhecimento de que seu ato tem como resultado a morte. Assim, a consciência referida pelos entrevistados parece contemplada na definição sobre suicídio de Durkheim.

Veneu (1994) afirma que a partir do século XVIII houve a busca para definir se o suicídio foi resultado de um arbítrio racional ou provocado por alienação. A discussão atual sobre arbítrio em relação ao suicídio demonstra-se incipiente. Pelo menos se consideramos como a OMS simplifica a definição de suicídio. A

Organização Mundial de Saúde define o suicídio como o ato de matar-se deliberadamente (WHO, 2014).

Quadro 11 - Síntese das concepções dos “porquês” do suicídio para Ícaro

- “Eu tô procurando entender o porquê”.
- “Por que eu fiz isso? São perguntas sem resposta”.
- “Acho que é para fugir”.
- “Se livrar do sofrimento”.
- “Para aliviar o sofrimento”.
- “Querer acabar com a dor”.
- “...acho que são coisas da vida mesmo”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 12 - Síntese das concepções dos “porquês” do suicídio para Senhor Martim

- “Eu não sei explicar porque fiz aquilo”.
- “Porque eu achando que acabando com minha vida eu ia acabar com o sofrimento”.
- “a primeira com que dizem quem não conhece: foi chifre...”
- “Alguém diz que são pessoas que não tem Deus”.
- “O pensamento meu é que eles acham que a gente faz aquilo ali para querer aparecer”.
- “a gente faz consciente...”

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 13 - Síntese das concepções dos “porquês” do suicídio para Isadora

- “eu achei que podia minha avó morrer e eu ia ficar sofrendo muito (...). Aí eu imaginei um dia morrer mais primeiro do que ela.”.
- “Mesmo porque eu morrendo primeiro, eu não ia ficar sofrendo”.
- “Eu fiz isso porque eu quis mesmo”.
- “Eu botei na cabeça que ninguém gostava de mim e fiz”.

- “O que aconteceu foi que tive uma discussão com a minha mãe, aí eu peguei e fiquei muito agitada. Aí eu tomei os remédios pensando que ia morrer”

Fonte: elaborado pelo autor.

6.2.2 Concepções morais do suicídio

Nos três casos trabalhados, os entrevistados falaram sobre condenações morais sobre suicídio. Observei que os entrevistados fizeram referência à condenação pelos outros, autocondenação dos próprios e autocondenação dos outros por supostamente provocarem a tentativa de suicídio.

Quanto à ideia de ser condenado pelos outros, o Senhor Martim afirma ouvir críticas das pessoas por sua tentativa de suicídio. Apresentarei algumas falas dele que fazem referências a tais condenações: “você já tentou morrer duas vezes e nem o cão te quer, não sei o quê... eu acho que isso é uma crítica”; “Alguém diz que são pessoas que não tem Deus”; “Aí Alguns dizem (...) quando é que tu vai fazer isso assim de novo, morrer? Se matar? É aquela história, eu acho que isso é uma crítica”.

Senhor Martim relata também que essas críticas são direcionadas aos outros que tentam suicídio. Conta episódio em que percebeu isso: “Por exemplo, no caso de uma pessoa que estava tentando pular ali próximo e o cara colocou no WhatsApp eu vi bem que uma pessoa gritou: Quer morrer? Pula. E falou um palavrão com ele”. Fala também acreditar que os outros criticam por pensar que a tentativa de suicídio é uma forma de chamar a atenção. “O pensamento meu é que eles acham que a gente faz aquilo ali para querer aparecer. Eu acho que eles pensam nisso.

Isadora fala sobre críticas que recebe de familiares por ter tentado suicídio.

Fala:

Ficam criticando as pessoas. Chamando as pessoas de abestada. (...) com a gente mesmo. Meus irmãos. Meus tios. Nem deixar eu em casa só eles querem. Eu acho que eles têm medo que eu faça as coisas de novo. ”

Ressalto que não busco aqui emitir juízo de valor quanto aos cuidados de proteção que os familiares de Isadora tentam proporcionar, mas destaco a associação que a mesma fez de incapacidade em ser chamada de “abestada”, expressão informal

relativa à palavra “besta”. Esta, uma palavra que demonstra contexto pejorativo, expressando a ideia de uma pessoa tola e desprovida de esperteza.

Aquino (2008) avalia que há um forte sentido condenatório ao suicídio, relacionando o mesmo a um mal moral e à ideia de debilidade mental. Alguns podem defender a ideia de que associar o suicídio a uma doença exclui a perspectiva de condenação moral. Contudo, vale trazer o posicionamento de Eliot Freidson (2009) que defende a ideia de que a medicina é também uma organização moral, pois a noção de enfermidade é fundamentalmente avaliativa, buscando identificar e governar o indesejável.

Ícaro afirma que não soube de qualquer condenação direta para ele, mas fala que às vezes tem vergonha de sair de casa por ter “atentado contra a própria vida”. Diz acreditar que os outros podem lhe condenar por isso. Vale ressaltar que ele refere o receio de ser condenado pelos mesmos vizinhos que foram chamados na ocasião de sua tentativa de suicídio para ajudar em seu socorro. Os vizinhos “testemunharam” a situação, o que indica a ideia de que será condenado por isso. É possível compreender que o pensamento de ser condenado pelos outros, mesmo sem ouvir tal comentário, pode representar a perspectiva moral que circula socialmente.

Quanto a autocondenação à tentativa de suicídio, Senhor Martim refere que se culpa pelo que fez e expressa que este ato é algo a ser controlado. Falou: “Às vezes me culpo. Assim... me culpo assim... quando eu vejo. No caso, tô vendo agora, quando eu vejo que tem muita gente tentando me ajudar e eu praticar aquilo (...) Eu mesmo me culpo”. Diz: “Por que é que eu não me controlo?”.

Quando pergunto como é essa culpa, ele traz a perspectiva religiosa, respondendo: “É... até porque a vida... quem ficou para tirar a vida do ser humano é só Deus. E a pessoa que tira com as próprias mãos... não sei... me culpo”.

Aqui resgatamos o marco histórico da condenação religiosa ao suicídio, pois a associação da morte voluntária ao homicídio não existia antes da obra “Cidade de Deus” de Agostinho. Apenas a partir desta interpretação, o mandamento “não matarás” foi aplicado ao ato de tirar a própria vida (PUENTE, 2009). Kalina e Kovadloff (1983) destacam que na idade média a vida do indivíduo passou a ser compreendida como um dom divino. Dessa forma, retirá-la por vontade própria configurava um sacrilégio.

Isadora não refere autocondenação por tentar suicídio. Ela diz: “Eu me arrependi, mas eu não me culpo”. Atribui o arrependimento por permanecer viva e por piorar seu sofrimento: “Não era para mim ter tomado esses remédios. Não me aconteceu nada.(...) Só fez apiorar mais ainda das crises”. Afirma acreditar que sua mãe se sente culpada por ter brigado com ela, na ideia de que essa discussão teria provocado a sua tentativa de suicídio. Fala: “Eu acho que ela se culpa por ela ter feito... por ter brigado comigo... acho que ela se culpa... que ela se acha culpada. Mas eu acho que não é culpa dela não”. Ou seja, indica a concepção de que a condenação moral pode se apresentar na forma de autocondenação de alguém próximo ao sujeito que tentou suicídio.

Quadro 14 - Falas de Ícaro com referências condenatórias à tentativa de suicídio

- “Às vezes eu tenho vergonha de sair na rua”.
- “Vergonha de ter feito isso.... atentado contra a própria vida”.
- “Eu acho que os outros podem me condenar”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 15 - Falas de Senhor Martim com referências condenatórias à tentativa de suicídio

“Você já tentou morrer duas vezes e nem o cão te quer, não sei o quê... eu acho que isso é uma crítica”.

“Eu mesmo me culpo”.

- “É... até porque a vida... Quem ficou para tirar a vida do ser humano é só Deus.

“Assim, mas é uma coisa que a consciência que não é certa... não é correta”.

- “... eu acho que isso é uma crítica. E aquilo ali chateia a gente até porque a gente não faz porque quer...”

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 16 - Falas de Isadora com referências condenatórias à tentativa de suicídio

“Eu me arrependi, mas eu não me culpo”.

- “Eu acho que ela (Mãe) se culpa por ela ter feito... por ter brigado comigo, mas eu acho que não é culpa dela não”.

“Ficam criticando as pessoas. Chamando as pessoas de abestada. (...) com a gente mesmo. Meus irmãos. Meus tios”.

Fonte: elaborado pelo autor.

6.2.3 Concepções do suicídio como questão de saúde

Nenhum dos entrevistados fez, em sua narrativa livre, uma associação direta entre sua tentativa de suicídio e qualquer questão de saúde. Contudo, como a literatura aponta que na atualidade há um destaque da concepção do suicídio associada a uma doença mental, resolvi destinar este tópico para discutir, com base na literatura estudada, como os entrevistados responderam quando questionados sobre esse ponto.

Quando questionei Ícaro quanto a uma possível relação de sua tentativa de suicídio a uma questão de saúde, ele respondeu: "sei lá... Acho que são coisas da vida mesmo". Ele demonstrou alguma dúvida, mas sua fala revelou sua associação principal com as "coisas da vida". É importante destacar que ele refere diversas vezes em sua fala a relação que faz entre a tentativa de suicídio e a busca em pôr fim ao sofrimento, não compartilhando de posicionamentos que associam o pensamento e ato do suicídio a qualquer questão de saúde.

Vale ressaltar que, como apresentado na descrição da entrevista com Ícaro, ele relatou episódio em que buscou por profissional de saúde para sofrimento relacionados ao corpo quando apresentou dores nas costas, o que não aconteceu diante do sofrimento psíquico. A fala: "Eu não estou nem doente para ir ao médico", apresentada por Ícaro ao receber visita de um profissional do CSF deixa claro que ele não compartilha das concepções que associam o suicídio a alguma questão de saúde.

Com Isadora, algo parecido foi respondido quando pergunto sobre uma possível relação entre tentativa de suicídio e algum problema de saúde. Ela diz claramente que não vê qualquer relação. Fala: "não tem nada a ver não".

Freidson (2009) defende que é o olhar da medicina no mundo moderno que sanciona o que é enfermidade. Lopes (2014) afirma que a partir do início do século XIX o suicídio passou a ser conhecido como um mal: mental, moral, físico e social. Atribuindo a apenas aqueles que detivessem o saber dito científico o poder de interpretar o suicídio, quanto a suas origens e motivos. Contudo, não é possível negar que o homem leigo pode ter uma concepção própria sobre o suicídio, independente da visão científica. Isso foi ratificado nas narrativas do Ícaro e da Isadora.

O Senhor Martim manifestou posicionamento um tanto diferente dos outros dois

quanto à possível relação entre sua tentativa de suicídio e alguma questão de saúde, pois quando questionado ele respondeu:

Eu acho que seja... sei lá... porque a depressão... procura muito isolar a gente de tudo e de todos" (...) assim... porque tem dia, assim como hoje, que eu fico muito ocioso, aquela ansiedade, aquela vontade de chorar. Eu acho que... em casa... às vezes eu me tranco no quarto. Sinto bem aquela vontade de chorar. Penso que seja consequência dela ainda. Isolado de todo mundo. De tudo e de todos.

É importante destacar que Senhor Martim já havia recebido um diagnóstico de depressão. É possível que partindo dessa classificação diagnóstica, ele tenha assimilado a "verdade" médica, enquanto concepção científica.

Aqui cabe ressaltar o posicionamento de Foucault ao compreender verdade como conjunto de processos para a produção, para a circulação e para o funcionamento dos enunciados. Esta definição está intimamente ligada às estratégias de poder, pois cada sociedade dispõe de seus regimes de verdade. Estes produzem os regimes de poder ao mesmo tempo que são gerados por eles (FOUCAULT, 2001).

7 CONCLUSÃO

A bibliografia estudada revela que o suicídio é um fenômeno complexo e que a concepção do mesmo tem se alterado no decorrer da história. Tal concepção partiu de prática cultural aceitável, dentro de algumas culturas antigas, em direção à consideração como erro imperdoável na Idade Média, assim como a associação com transtorno mental nos dias atuais.

Como já referido na metodologia desta pesquisa, objetivando preservar o anonimato, os entrevistados são chamados por nomes fictícios: Ícaro, Senhor Martim e Isadora. Todos apresentaram espontaneamente o questionamento do porquê de sua tentativa de suicídio, demonstrando uma busca de sentido para sua experiência. Apesar das diferenças entre as narrativas, os entrevistados relacionaram seu ato a uma maneira de pôr fim ao sofrimento. Todos também expressaram que sua tentativa de suicídio foi um ato consciente e por vontade própria, sendo que dois anunciaram essa ideia diretamente e outro trazendo fala com conotação semelhante.

Nos três casos trabalhados, os entrevistados falaram sobre suas percepções de condenações morais a respeito do suicídio. Observei que os entrevistados fizeram referência a condenação pelos outros e autocondenação. Houve referências a juízos de valor quanto a debilidade mental, censuras religiosas, críticas à situação do matrimônio e julgamentos de incapacidade.

Nenhum dos entrevistados fez, em sua narrativa livre, uma associação espontânea entre sua tentativa de suicídio e qualquer questão de saúde. Senhor Martim, quando questionado diretamente sobre esse ponto, apresentou uma fala hesitante sobre uma possível relação entre seu ato e a depressão, diagnóstico que ele já havia recebido anteriormente. Nos outros dois casos, os entrevistados explicitamente não compartilharam dos posicionamentos que associam o pensamento e ato do suicídio a qualquer questão de saúde. Foi observado que a presença ou ausência de busca por tratamentos é influenciada pela percepção de associação entre o suicídio com o estado de enfermidade ou saúde.

Os itinerários que partiram da tentativa de suicídio manifestaram um lugar secundário nas narrativas dos entrevistados. Eles se detiveram mais em falar sobre seu sofrimento e o que buscaram a partir deste. Mencionaram buscas por serviços de

saúde, mas falaram mais sobre os conflitos em suas relações, as tentativas de resolver tais conflitos e incluíam, em seu itinerário, o ato de tentar pôr fim a própria vida como uma forma de acabar com seu sofrimento.

No que se refere aos itinerários que tiveram como ponto de partida a tentativa de suicídio, havia um destaque da busca por recursos terapêuticos pelos familiares dos mesmos. O itinerário do Ícaro foi: internação por enforcamento → oferta de assistência por centro de Saúde da Família → recusa dessa assistência. Com o Senhor Martim, o itinerário não apresentou novas buscas, mantendo apenas os recursos terapêuticos em uso anterior: tratamento medicamentoso, participação em grupo religioso, reuniões do AA e visitas à casa da irmã. Neste caso, os recursos do sistema informal apresentaram um destaque em seu relato. Com Isadora, houve um fluxo bem definido de seu itinerário após a tentativa de suicídio: internação por intoxicação exógena → internação em Unidade Psiquiátrica → prosseguimento do acompanhamento de Saúde Mental no CAPS. Destaca-se que Isadora apresentou, como recursos terapêuticos, quase exclusivamente setor profissional. Quanto a função atribuída à Atenção Primária em Saúde em seus itinerários, houve divergência entre os três entrevistados. Ícaro recusou a oferta de assistência pelo seu CSF. Enquanto os outros dois entrevistados apresentaram queixas da ausência de visitas domiciliares da equipe do CSF em sua casa. O que indica que eles atribuíram à atenção primária em saúde uma possível função em seus itinerários: a função de procurá-los em sua residência para ofertar recursos terapêuticos.

Ficou evidenciado que os itinerários não se limitaram à busca por recursos terapêuticos. Assim como os recursos terapêuticos não se restringiram ao sistema profissional. Os informantes referiram a utilização de recursos terapêuticos do sistema profissional e informal, mas não relataram busca pelo sistema popular. Não é possível estender esse padrão de uso dos sistemas de saúde para todos os casos de tentativa de suicídio. A potência da investigação da presente pesquisa está na profundidade do estudo e não no quantitativo dos casos. Identifico, assim, como limitação da pesquisa a impossibilidade de generalizar os achados aqui presentes em outras realidades.

Considerando que vivemos em uma sociedade complexa, não podemos esperar homogeneidade nas concepções sobre suicídio. Foi observado que as diversas visões sobre o ato de pôr fim a própria vida coexistem nos relatos dos sujeitos desta pesquisa. Além disso, foi encontrado que tais concepções influenciam

diretamente no uso dos serviços de saúde.

Se a ESF procura ofertar serviços que se adequem a realidade sociocultural da comunidade a qual está inserida, é fundamental que os gestores e trabalhadores da saúde favoreçam espaços de escuta. Isso traz um especial desafio de ouvir o que o sujeito tem a falar sobre sua ideia de vida e de morte. Um tema que a literatura estudada demonstra ainda ser encarado como tabu.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. N.; COELHO, M. T.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, n.43, p.100-125, 1999.
- ALVAREZ, A. **O Deus selvagem**: um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- ALVES, P. C. B. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 263-271, jul./set. 1993.
- ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 125-38, 1999.
- ALVES, P. **Narrativas de itinerários terapêuticos e doenças crônicas**. 29. Reunión Brasileira de Antropologia, v. 3, 2014.
- ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I. M. A (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-186.
- ALZATE LÓPEZ, Y. A. **Experiências de enfermidade e itinerários terapêuticos de portadores de Leucemia Mieloide Crônica nas cidades de Medellín, Colômbia e Salvador-BA, Brasil**. 2014. 192f. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.
- ANDRADE, Luiz Odorico; SANTOS, Lenir; RIBEIRO, Kelen Gomes. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo (Org.). **Rouquayrol - Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 481-492.
- AQUINO, T. A. A. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio**: seus correlatos existenciais e normativos. 2009.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.
- BOTEGA, Neury J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, mar. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 4 mar. 2017.
- _____. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas,

respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília, MS. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de março de 2006. Cria a Política nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e a atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Portaria Nº 185, 12 de setembro de 2012. Institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no Âmbito do SUS-DF. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 2012.

_____. SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Sistema de informação de agravos de notificação**: intoxicação exógena. 2017. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/intoxicacao-exogena>>. Acesso em: 22 set. 2017.

_____. Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde - Estatísticas Vitais**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

BRUCE, M. L. et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Association**, JAMA, v. 291, n.9, p.1081-91, mar. 2004.

BURILLE, Andréia. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade**. 2012. 184f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre: RS, 2012.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**. v.16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CAIS, C. F. S. **Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP.** 2011. 124f. Dissertação (Doutorado em Ciências Médica) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2011.

CAMPOS, G.W.S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família: atenção básica em sistemas públicos de saúde – em busca da universalidade, equidade e integralidade. In: CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada.** São Paulo: Hucitec, 2008. p.132-153.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Human Self-Destruction. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 61-73, 1994.

CASTRO, Claudio Gastão Junqueira de. **O Processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em município de gestão semi-plena.** 1999. 250f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 1999.

CECCIM, R.B. Gestión de la salud y políticas de formación de los trabajadores. **Revista Panamericana de Enfermería.** Brasília (DF), v.2, n.1, p. 55-63.ago. 2004.

CHIAVERINE, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 8, 2012.

CORREA, H.; BARRERO, S. P. O suicídio ao longo dos tempos. In: CORREA, H.; BARRERO S. P. (Org.). **Suicídio uma morte evitável.** São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-10.

DINGWALL, R. **Aspects of Illness.** London: Martin Robertson, 1976.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras.** 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar .1988.

DURKHEIM, E. O. **Suicídio: estudo de sociologia.** Tradução: Mônica Stahel. 2000.

ESTELLITA-LINS, Carlos (Org.). **Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012.

FABREGA, H. **Disease and Social Behavior: an interdisciplinary perspective.** Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1974.

FEIJÓ, Marcelo. **Suicídio.** Entre a razão e a loucura. São Paulo: Editorial Lemos, 1998.

FLORÊNCIO, Celso Aparecido. **Faces do mesmo**. Universidade Federal do Pará. 2017. Disponível em: <
http://mafds.websimples.info/files/arquivo/105/TextoN013_Faces_do_mesmo.pdf>.
Acesso em: 28 mar. 2017.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

_____. **Microfísica do poder**. 16. ed. São Paulo: Graal, 2001.

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p.74-123.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: UNESP, 2009.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault**. Belo horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. v. 1.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

_____. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007. p. 279-300.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **RAE. Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

GUILLON, C.; BONNIEC, Y. L. **Suicídio, modo de usar: história, técnica, notícia**. Lisboa: Edições Antígona, 1990.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. [S. l.]: Editora Artimed, 2009.

HOROWITZ, A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. **Social Forces**. v. 56, p. 86-105, 1977.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa de população para 2012**. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 29 abr. 2017.

JOVCHELOVICH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, Santiago. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

_____. Local Worlds of Suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experience. **Qualitative Research**, v. 2, n. 2, p.127-134,1992.

_____. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

_____. **The Illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KOHLRAUSCH, E.R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da família**. 2012. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KRAVETZ, Rafaella Zanatta Caon; CASTRO, Matheus Felipe de. O suicídio assistido na esfera dos direitos fundamentais: análise da autonomia da vontade na sociedade disciplinar. **Revista Jurídica**, v. 2, n. 39, p. 346-372, 2016.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos [online]**. v.13, n.1, p. 113-128. 2006. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702006000100007&script=sci_abstract&tIing=pt>. Acesso em: 29 abr. 2017.

LIPPI, J. R. S. **Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente**. 2003. 279 f. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

LOPES, Fábio Henrique. Reflexões históricas sobre os suicídios: saberes, biopolítica e subjetivação. **ArtCultura**, Uberlândia, v. 14, n. 24, p. 185-203, 2012.

_____. **Suicídio e saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX**. Moreira Dias: Editora LTDA, 2014.

LUDKE A. M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUOMA J. B, MARTIN, C. E., PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry**. v.159, n. 6, p. 909-916. 2002. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/6/909>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

MACHADO, Marcos Fabrício Souza; DA SILVA LEITE, Cristiane Kerches; BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**. v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 19, n. 1, 2008.

MANN, J. J. et al. Estratégias de prevenção do suicídio: uma revisão sistemática. **JAMA**, v. 294, p. 2064–74. 2005.

MERINO, M. F. G. L. **As Necessidades de saúde em indivíduos adultos em Porto Rico – PR**. 2007. 110 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2007.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n.8, p. 1587-96. 2006.

MINOIS, Georges. **História do suicídio**. Lisboa: Teorema, 1998.

MONTESQUIEU. **Cartas Persas**. Tradução de Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Paulicéia, 1991.

NAIR LEITE, Silvana; DA PENHA COSTA VASCONCELLOS, Maria. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, 2006.

NEVES, Robson da Fonseca; NUNES, Mônica de Oliveira. Da Legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 211-220, Jan. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2017.

NOVA, Sebastião Vila. **Introdução à sociologia**. [S. l.]: Atlas, 1995.

NOVAKOSKI, Lourdes Emília. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**. v.18, n.6, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface Comum Saúde Educ.**, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **O Relatório mundial da saúde 2003: construindo o futuro**. Genève: OMS. 2003.

_____. **Prevenção do Suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. OMS, 2000.

PALHARES, Patrícia Almeida; BAHLS, Saint-Clair. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 97, n. 84, jan./fev./ mar. 2003. Disponível em: <<http://www.aperj.com.br/publicacoes/revista/2003/suicidio.asp>>. Acesso em: 10 maio 2017.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Plano de ação para prevenção do suicídio no estado do Piauí**. Teresina, 2017.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 37-60.

PONTES, A. L. M. et al. Itinerários terapêuticos e estratégia de saúde da família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 237.

PUENTE, Fernando Rey. **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. Tecendo self e emoção nas narrativas de nervoso. In: RABELO, M. C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I. M. A (Org.). **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.187-204.

RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 316-325, 1993.

REVEL, Judith. **Foucault - conceitos essenciais**. São Carlos: Clara Luz, 2005.

RIBEIRO, Danilo Bertasso et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 37, n.1, abr. 2016.

RIPLEY, Randall B. Stages of the policy process. In: MCCOOL, Daniel C. **Public policy theories, models, and concepts: an anthology**. Prentice Hall, 1995.

ROCHA, Dora Georgina Salman. **Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún**. [S. l.: s. n.], 2016.

ROSEN, G. History. In: PERLIN, S. (Org.). **A handbook for the study of suicide**. New York, London, Toronto: Oxford University Press. 1975. p. 3- 29.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução de Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração do José Ruben. São Paulo: Hucitec, USP; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

ROY, A. Emergências Psiquiátricas. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, v. 2, n.6, p. 185, 1999.

SAMPAIO, J. J. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. (Org.). **Rouquayrol - Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, J. E. C. et al. **Identidades vulneráveis ao suicídio: envelhecimento, metamorfose e autopoiese**. 2014.

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.

SOBRAL. **Impresso oficial do município de Sobral**. Portaria No. 061/2016 de 1 de agosto de 2016. Disponível em www.sobral.ce.gov. Acessado em 21 de janeiro de 2018.

SOBRAL. **Impresso oficial do município de Sobral**. Portaria nº. 107, de 30 de agosto de 2007. Disponível em: <www.sobral.ce.gov> Acesso em: 27 maio 2017.

SOUZA, I. M. A (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

VELHO, G. O desafio da proximidade. In: VELHO, G.; KUSCHINIR, K. **Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 11-19.

_____. **Individualismo e Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

VENEU, M. G. **Ou Não Ser**: uma introdução à história do suicídio no Ocidente. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1994

_____. **Ou Não Ser**. um estudo sobre a discriminação do suicídio no Ocidente. 1992. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

WASSERMAN, D. Suicide - An unnecessary death. London: Martin Duniz, 2001. In: WERLANG, B. G; BOTEAGA, N, J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WELLAUSEN, Saly da Silva. Os dispositivos de poder e o corpo em Vigiar e Punir. **Revista Aulas**: Dossiê Foucault. n. 3, dez. 2006/mar. 2007.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide**: a global imperative. Luxembourg: WHO, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

APÊNDICE A – LISTA DE PERGUNTAS EXMANENTES

- Quais os itinerários do sujeito antes e depois da tentativa de suicídio?
- O sujeito relaciona a tentativa de suicídio com algum adoecimento?
- O sujeito buscou alguma ajuda e/ou tratamento? Qual (is)?
- O sujeito incluiu a atenção primária em saúde no seu itinerário?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) por Hamilton Almeida Peixoto como participante da pesquisa intitulada “**Concepções e itinerários em casos de tentativa de suicídio**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo da pesquisa é **analisar os itinerários, terapêuticos ou não, em casos de tentativas de suicídio**. Os objetivos específicos são: apresentar as principais concepções encontradas na literatura sobre suicídio; conhecer os itinerários de sujeitos que tentaram suicídio, verificando se esses atribuem alguma função à Atenção Primária em Saúde no seu percurso; discutir as concepções de suicídio e os itinerários dos sujeitos à luz do referencial teórico da antropologia da saúde.

Essa pesquisa tem como benefícios a intenção de contribuir nos estudos a respeito dos diversos saberes relativos à maneira de lidar com o sofrimento, favorecendo a aproximação dos serviços de saúde com a realidade sociocultural da comunidade. As dimensões identificadas nos estudos dos itinerários terapêuticos podem fazer parte das estratégias de ação, reconhecendo as experiências singulares como o motor da construção de projetos de cuidado.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de uma dissertação de mestrado do Programa Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará- campus Sobral, e será apresentado para uma banca de professores doutores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma impessoal e geral.

Caso você concorde em participar desse estudo, solicitamos a sua colaboração em participar da pesquisa, obtida por meio da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo está sendo disponibilizado em duas vias originais: uma para ficar com você e outra para ficar com o pesquisador.

Será realizada uma entrevista, garantimos um local seguro com privacidade, onde não ocorram interrupções e incômodos. A entrevista poderá ter duração média de 50 minutos, a depender de sua participação.

Pedimos permissão para gravar sua fala, através de um gravador portátil, a fim de que não seja perdida nenhuma informação. Na transcrição da gravação, não é colocado seu nome e sim um número, de modo a garantir o sigilo quanto à identificação dos participantes. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos, ou seja: não se pode saber quem disse as respostas. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Essa pesquisa envolve riscos mínimos como desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes a realização da entrevista. Contudo, o pesquisador garante que em todo o processo da pesquisa, irá respeitar a sua dignidade e autonomia, e realizará esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados, e você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se continuará a participar da entrevista. Propomos, caso sinta necessidade, uma mediação e/ou acionamento da rede de atenção em saúde mental do município, durante todo percurso da pesquisa.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Destacamos, que a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Essa pesquisa foi submetida inicialmente para apreciação da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e, após a anuência, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – CEP/UVA, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar contato nos seguintes endereços, telefones e/ou e-mails dos responsáveis pela pesquisa:

PESQUISADOR PRINCIPAL

Nome: Hamilton Almeida Peixoto

Instituição vinculada: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Cel. Joaquim Lopes, 934, Centro – (endereço comercial)

Telefone: (88) 99714-0374

E-mail para contato: hamiltonpeixoto@hotmail.com

ORIENTADOR**Nome:** Percy Antonio Galimbertti Catanio**Instituição:** Universidade Federal do Ceará**Endereço:** Rua Geraldo Rangel, 436, Derby, Sobral -CE**E-mail para contato:** galimbertti@ufc.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, ____de _____de 2018.

Nome do participante da pesquisa:

2/3

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Nome da testemunha (se o participante não souber ler):

Data: ___/___/_____.

Assinatura _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ___/___/_____.

Assinatura: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “**Concepções e itinerários em casos de tentativa de suicídio**”, e concordo em participar de forma **voluntária** da mesma. Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar desta pesquisa. Declaro que concordo em oferecer as informações solicitadas pelo pesquisador Hamilton Almeida Peixoto e o orientador Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio, sendo assim convidado a participar deste estudo, e o faço voluntariamente.

Sobral, ___ de _____ de 2018.

Ciente: _____

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador Principal

APÊNDICE C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0175/2017

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família vinculado a Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral intitulado: **CONCEPÇÕES E ITINERÁRIOS EM CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO** desenvolvido por Hamilton Almeida Peixoto sob a orientação do Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após sua apreciação, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral **AUTORIZA** a coleta de dados junto a Vigilância Epidemiológica de Sobral e usuários, desde que estes sejam identificados e contatados previamente pela coordenação da Rede de Atenção Integrada a Saúde Mental do município de Sobral.

Reforçamos a necessidade de pactuação prévia entre o pesquisador e a coordenação dos serviços (Vigilância Epidemiológica e CAPS Geral) quanto à escolha dos melhores dias, horários e local adequado para coleta dos dados, devendo a abordagem aos usuários ocorrer nas instalações do CAPS Geral.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga os pesquisadores de solicitar anuência a cada um dos participantes do estudo, devendo estes serem convidados mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa. Ressalta-se ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão.

Código de Validação: PP29951517623827F

Emitido em: Sobral, 02 de Fevereiro de 2018, às 23:10, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboiia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Comissão Científica através do telefone 3614- 5520 ou e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 29 de Janeiro de 2018

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP29951517623627F

Emitido em: Sobral, 02 de Fevereiro de 2018, às 23:10, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.

APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Concepções e Itinerários em Casos de Tentativa de Suicídios

Pesquisador: HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86482518.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.649.356

Apresentação do Projeto:

Trata de Projeto de Dissertação do Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Para tal, serão apresentadas as principais concepções encontradas na literatura sobre suicídio. Em seguida, haverá uma busca em conhecer os itinerários de sujeitos que tentaram suicídio no município, verificando se esses atribuem alguma função à atenção primária em saúde no seu percurso. Ao final, será realizada uma discussão sobre as concepções de suicídio e sobre os itinerários dos sujeitos a luz do referencial teórico.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Analisar os itinerários, terapêuticos ou não, em casos de tentativas de suicídio

Específicos:

- Apresentar as principais concepções encontradas na literatura sobre suicídio;
- Conhecer os itinerários de sujeitos que tentaram suicídio, verificando se esses atribuem alguma função à atenção primária em saúde no seu percurso;
- Discutir as concepções de suicídio e os itinerários dos sujeitos à luz do referencial teórico da antropologia da saúde.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_cornitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.649.356

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Narrar sobre o momento da tentativa de suicídio pode despertar reminiscências dolorosas.

Diante da situação de vulnerabilidade apresentada pelos participantes do estudo e dos riscos mínimos que envolvem a pesquisa, como desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes a realização da entrevista, o pesquisador se propõe a garantir o respeito à dignidade e autonomia, e realizar esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados. Propõe ainda uma mediação durante todo percurso da pesquisa, caso haja a necessidade, através de suporte nos serviços da Rede de Atenção Integrada a Saúde Mental do município de Sobral, uma vez que este possui uma relação de vínculo com os serviços e com os demais profissionais, a fim de possibilitar maior segurança e responsabilização dos atores envolvidos. Além disso, se compromete a observar se a ideia suicida ainda esta presente no entrevistado e, caso se confirme, se compromete a acionar, se necessário, o apoio de familiares e da rede de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso, utilizando abordagem qualitativa, na busca da construção dos itinerários em casos de tentativa de suicídio, por entender que esta busca descreve e analisa os caminhos trilhados na procura por enfrentar as aflições, ponderando sobre as práticas individuais e socioculturais. O campo de pesquisa do presente estudo será o Sistema de Saúde do município de Sobral – Ceará. Segundo o Sistema de Informações do DATASUS do Ministério da Saúde, o município conta com três hospitais gerais, dois hospitais especializados, 39 Centros de Saúde da Família e tem a população de 2016 estimada em 203.682 habitantes (BRASIL, 2017). O procedimento de escolha dos casos inicialmente será realizado com o levantamento de todas as ocorrências de tentativas de suicídio registradas de sujeitos residentes no município de Sobral no intervalo de dois anos, de janeiro de 2016 a janeiro de 2018, após anuência do Comitê de Ética e através do Termo de Compromisso para Utilização de Dados em Documentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e permitem apreciação ética

Recomendações:

É de responsabilidade do pesquisador encaminhar relatório final após a conclusão da pesquisa através desta plataforma como compromisso com o sistema de apreciação ética em pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendencias

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 2.649.356

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1099964.pdf	27/03/2018 08:40:41		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	27/03/2018 08:38:50	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ITINERARIOS_TERAPEUTICO.pdf	27/03/2018 08:37:56	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
Outros	ROTEIRO_NORTEADOR.pdf	27/03/2018 08:37:26	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
Outros	PARECER_COMISSAO_CIENTIFICA_SECRETARIA.pdf	27/03/2018 08:37:00	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
Outros	TERMO_UTILIZACAO_DE_DADOS_EM_DOCUMENTOS.pdf	27/03/2018 08:36:25	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	27/03/2018 08:35:54	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/03/2018 08:35:39	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/03/2018 08:35:28	HAMILTON ALMEIDA PEIXOTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 2.649.356

SOBRAL, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com